



แบบคำร้องขอรับบริการเก็บ ขน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

เลขที่/.....

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงรายละเอียดการรับบริการเก็บ ขน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

เรียน นายองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง

ข้าพเจ้า/บริษัท/หน่วยงาน

ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล

อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ ตามใบอนุญาตประกอบ

กิจการสถานพยาบาลเลขที่ (ถ้ามี)

โดยสะดวกให้จัดส่งเอกสารที่ ชื่อ-สกุล (ผู้รับ)/สถานที่.....

บ้านเลขที่..... หมู่ที่ ถนน ตำบล

อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

เบอร์โทร..... อีเมลล์.....

ผู้ขอรับบริการประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงรายละเอียดการรับบริการเก็บ ขน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ตามแบบคำร้องขอรับบริการเก็บ ขน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ เลขที่...../.....

ลงวันที่..... โดยขอเปลี่ยนแปลงรายละเอียดดังนี้

1.

.....
.....
.....

2.

.....
.....
.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

วันที่/...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้รับเรื่องเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

ตรวจสอบแล้ว เอกสารหลักฐาน ครบ

ไม่ครบ คือ

1)

2)

3)

4)

5)

ดังนั้น กรุณานำเอกสารหลักฐานที่ยังไม่ครบทั้งหมดมายื่นต่อเจ้าหน้าที่ภายในวันที่.....

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง