



รูปถ่ายขนาด  
1 นิ้ว  
จำนวน 1 รูป

**ใบสมัคร ผู้ประกอบการร้านอาหารภายในโรงอาหาร  
โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยพะเยา**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรื่อง ขอยื่นความจำนองจำหน่ายอาหารภายในโรงอาหารโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยพะเยา

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยพะเยา

ข้าพเจ้า (นาย , นาง , นางสาว).....อายุ.....ปี

ที่อยู่ (ตามบัตรประจำตัวประชาชน).....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....โทรศัพท์.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....ออกเมื่อ.....วันหมดอายุ.....

ประสงค์ขออนุญาตประกอบการ (ใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ต้องการเลือก)

เคยประกอบธุรกิจประเภท.....

สถานที่.....ระยะเวลา.....

ไม่เคยประกอบธุรกิจใดมาก่อน

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในการประกอบการด้านอาหารเข้าใจดีโดยตลอด และสามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดพร้อมทั้งทำข้อตกลง หรือสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือก และขอให้คำมั่นสัญญาแก่โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยพะเยา ดังนี้

1. จะประกอบการร้านอาหารตามที่ได้ระบุด้วยตนเองและจะปฏิบัติตามข้อกำหนดโดยเคร่งครัด
2. ขอรับรองว่าข้อความที่กล่าวมาแล้วข้างต้นนั้นเป็นจริงทุกประการ

**หลักฐานประกอบการสมัคร**

1. รูปถ่ายหน้าตรงของผู้สมัครขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)
2. ใบรับรองแพทย์ที่แพทย์ออกให้ไม่เกิน 1 เดือน
3. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัคร
5. เอกสาร/หลักฐานรับรองมาตรฐานการประกอบธุรกิจจากภาครัฐหรือเอกชน (ถ้ามี)
6. เอกสาร/หลักฐานการประกอบธุรกิจอื่น ๆ (ถ้ามี)

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

วันที่...../...../.....

\*สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยพะเยา  
เบอร์โทร 054 466666 ต่อ 3835

ใบขออนุญาตจำหน่ายสินค้า

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

บ้านเลขที่.....

ข้าพเจ้าขออนุญาตจำหน่ายสินค้าดังต่อไปนี้

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. ....  | 2. ....  |
| 3. ....  | 4. ....  |
| 5. ....  | 6. ....  |
| 7. ....  | 8. ....  |
| 9. ....  | 10. .... |
| 11. .... | 12. .... |
| 13. .... | 14. .... |
| 15. .... | 16. .... |
| 17. .... | 18. .... |
| 19. .... | 20. .... |

## ใบรายชื่อผู้ประกอบอาหาร

1.



ชื่อ .....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

วันที่เข้าปฏิบัติงาน.....

2.



ชื่อ .....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

วันที่เข้าปฏิบัติงาน.....

3.



ชื่อ .....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

วันที่เข้าปฏิบัติงาน.....

4.



ชื่อ .....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

วันที่เข้าปฏิบัติงาน.....

\*ให้ผู้เข้าติดต่อรูปถ่ายและกรอกข้อมูลของบุคคลที่จะต้องประกอบอาหารเพื่อจำหน่ายทุกคน  
(กรณีที่ร้านมีการจำหน่ายสินค้าประเภทอาหารและเครื่องดื่ม)



ใบรับรองแพทย์ (ผู้สัมผัสอาหาร)  
มหาวิทยาลัยพะเยา

เล่มที่.....

เลขที่.....

ส่วนที่ ๑ ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้).....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

๑.โรคประจำตัว  ไม่มี  มี(ระบุ) .....

๒.อุบัติเหตุ และ ผ่าตัด  ไม่มี  มี(ระบุ) .....

๓.เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล  ไม่มี  มี(ระบุ) .....

๔.ประวัติอื่นที่สำคัญ.....

ลงชื่อ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ส่วนที่ ๒ ของแพทย์

สถานที่ตรวจ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....

แล้วเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว.....กก. ความสูง.....เซนติเมตร ความดันโลหิต.....มม.ปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไป อยู่ในเกณฑ์  ปกติ  ผิดปกติ(ระบุ) .....

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏ อาการของการติดเชื้อเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏ อาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

- (๑) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (๒) วัณโรคในระยะอันตราย
- (๓) โรคผิวหนังที่นำรังเกียจ
- (๔) โรคบิด อหิวาตกโรค หัด คางทูม ไข้รากสาดน้อย ไข้สุกใส ไข้หวัดใหญ่ ไวรัสตับอักเสบบ ( O ในกรณีที่ปรากฏอาการของโรค )
- (๕) อื่นๆ.....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (๑) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๒) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด

ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย