



แบบยื่นความประสงค์เข้าใช้พื้นที่เพื่อประกอบกิจการ ภายในมหาวิทยาลัยพะเยา
(กรณี ผู้ประกอบการไม่เคยประกอบกิจการภายในมหาวิทยาลัยพะเยา)

เรียน อธิการบดี

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....ออกให้ ณ.....
วันที่ออกบัตร.....วันที่บัตรหมดอายุ.....
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....ชื่อหมู่บ้าน/อาคาร.....หมู่.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....ชื่อหมู่บ้าน/อาคาร.....หมู่.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

มีความประสงค์เข้าใช้พื้นที่ภายในมหาวิทยาลัยพะเยาเพื่อประกอบกิจการ โดยมีรายละเอียดประกอบการพิจารณา ดังนี้

1. ข้าพเจ้ามีความประสงค์เพื่อประกอบกิจการ.....
โดยมีรายละเอียดรายการอาหารและหรือเครื่องดื่มพร้อมราคาจำหน่ายตามเอกสารแนบท้าย
2. ข้าพเจ้ามีความประสงค์เข้าใช้พื้นที่ภายในมหาวิทยาลัยพะเยาเพื่อประกอบกิจการ เป็นระยะเวลา.....ปี
.....เดือน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....
3. เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นความประสงค์เข้าใช้พื้นที่เพื่อประกอบกิจการ ภายในมหาวิทยาลัยพะเยา

กรณีบุคคลธรรมดา

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 1 ฉบับ
- ใบรับรองแพทย์ผู้สัมผัสอาหาร ไม่เกิน 1 เดือน นับถึงวันยื่นความประสงค์ฯ จำนวน 1 ฉบับ
- ใบรับรองผ่านการอบรมหลักสูตรการสุขาภิบาลอาหารสำหรับผู้ประกอบการ จำนวน 1 ฉบับ
ตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร อายุไม่เกิน 2 ปี
และผู้สัมผัสอาหารอายุไม่เกิน 1 ปี นับถึงวันยื่นความประสงค์ฯ

กรณีนิติบุคคล (การรับรองสำเนาเอกสารของนิติบุคคลต้องประทับตรานิติบุคคลด้วย)

- หนังสือรับรองนิติบุคคล พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 1 ฉบับ
- ใบทะเบียนภาษีมูลค่าเพิ่ม (ภ.พ.20) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้มีอำนาจทำการแทนนิติบุคคล พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้มีอำนาจทำการแทนนิติบุคคล พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 1 ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า แบบยื่นความประสงค์เข้าใช้พื้นที่เพื่อประกอบกิจการ ภายในมหาวิทยาลัยพะเยาและรายละเอียดแนบท้ายนี้ ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญา และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ถ้าข้าพเจ้าได้รับการพิจารณาคัดเลือกให้เข้าใช้พื้นที่เพื่อประกอบกิจการดังกล่าว ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามมหาวิทยาลัยพะเยาทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....ผู้ประกอบการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

รายละเอียดแนบท้ายแบบยื่นความประสงค์เข้าใช้พื้นที่เพื่อประกอบกิจการ ภายในมหาวิทยาลัยพะเยา

ลำดับ	รายการอาหารหรือเครื่องดื่ม	ราคา (บาท)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

ลงชื่อ.....ผู้ประกอบการ
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ตัวอย่างการระบุรายละเอียดรายการอาหารและเครื่องดื่ม
แบบท้ายแบบยื่นความประสงค์เข้าใช้พื้นที่เพื่อประกอบกิจการ ภายในมหาวิทยาลัยพะเยา

ลำดับ	รายการอาหาร	ราคา
1	ข้าวราดแกง 2 อย่าง	30 บาท
2	ข้าวราดแกง 3 อย่าง	35 บาท
3	ข้าวราดแกง 4 อย่าง	40 บาท
4	ก๋วยเตี๋ยวน้ำใส	ปกติ 30 บาท พิเศษ 40 บาท
5	ก๋วยเตี๋ยวน้ำตก	ปกติ 30 บาท พิเศษ 40 บาท
6	ก๋วยเตี๋ยวต้มยำ	ปกติ 30 บาท พิเศษ 40 บาท
7	ก๋วยเตี๋ยวเย็นตาโฟ	ปกติ 30 บาท พิเศษ 40 บาท
8	ขนมจีนน้ำยาต่าง ๆ	30 บาท
9	ข้าวซอยไก่	30 บาท
10	ข้าวซอยเนื้อ	30 บาท
11	น้ำดื่ม น้ำอัดลม ขนมขบเคี้ยว	ราคาตามท้องตลาด
12	น้ำปั่นผลไม้	20 บาท
13	เครื่องดื่มประเภทชง	20 บาท

รายการการตรวจใบรับรองแพทย์ผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหาร(Food Handle)

1. แบบสอบถามสุขภาพ
2. ตรวจร่างกายโดยแพทย์
3. การตรวจพิเศษ
 - (1.) CXR
 - (2.) AntiHAV-IgM
 - (3.) Stool exam และ Stool culture

*อ้างอิงรายการการตรวจจาก กฎกระทรวง สุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 หมวด 4 สุขลักษณะส่วนบุคคลของผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหาร

แบบซักประวัติการตรวจสอบสำหรับผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร (Food handle)

ประวัติการทำงานปัจจุบัน

ประเภท	☐ อุตสาหกรรมอาหาร ☐ ร้านค้าร้านอาหาร ☐ อื่นๆ.....		
สถานที่ทำงาน			
แผนก	ตำแหน่งงาน		
ลักษณะงาน (Job description)	ประเภทอาหาร.....		
สิ่งคุกคาม(Harazard)			
PPE			

งานอดิเรก/อาชีพเสริม.....

ประวัติการทำงานในอดีต.....

ประวัติอาการผิดปกติในปัจจุบันที่เกี่ยวข้อง

- | | |
|---|---|
| 1.) ท้องเสีย/ถ่ายเหลว ☐ ไม่มี ☐ มี | 4.) ไข้ ☐ ไม่มี ☐ มี |
| 2.) ตัวเหลือง/ตาเหลือง ☐ ไม่มี ☐ มี | 5.) มีน้ำมูก/ขี้ตา น้ำหนองในหู ☐ ไม่มี ☐ มี |
| 3.) คลื่นไส้/อาเจียน ☐ ไม่มี ☐ มี | 6.) ผื่น/แผล/รอยโรคที่ผิวหนัง ☐ ไม่มี ☐ มี |

ใบรับรองแพทย์

สถานพยาบาล (๑).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง (๒).....

แพทย์ปริญญา เป็นแพทย์ที่ได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรม

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....ตำแหน่งหน้าที่.....

ประจำโรงพยาบาล.....ได้ทำการตรวจร่างกาย (นาย/นาง/น.ส.).....

อายุ.....ปี เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....แล้ว ปรากฏว่า

(นาย/นาง/น.ส.).....

ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไร้ความสามารถหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบและปราศจากโรคเหล่านี้

(๑) วัณโรค

(๒) อหิวาตกโรค

(๓) ไข้รากสาดน้อย (ไทฟอยด์)

(๔) โรคบิด

(๕) ไข้สวกใส

(๖) โรคคางทูม

(๗) โรคเรื้อน

(๘) โรคผิวหนังที่น่ารังเกียจ

(๙) โรคตับอักเสบที่เกิดจากไวรัส

(๑๐) โรคอื่นๆ

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ (๓)

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (๑) ให้ประทับตราสถานพยาบาลพร้อมทั้งระบุที่อยู่

(๒) ต้องเป็นแพทย์ที่ได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๓) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ ให้ใช้ได้ ๑ เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย