



รูปถ่ายขนาด
1 นิ้ว
จำนวน 1 รูป

ใบสมัคร ผู้ประกอบการร้านอาหารภายในโรงอาหาร
มหาวิทยาลัยพะเยา

เขียนที่ มหาวิทยาลัยพะเยา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอยื่นความจำนองจำหน่ายอาหารภายในโรงอาหารมหาวิทยาลัยพะเยา

เรียน อธิการบดี

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

ที่อยู่ (ตามบัตรประจำตัวประชาชน).....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....โทรศัพท์.....

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

ประสบการณ์ในการประกอบธุรกิจ (ใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ต้องการเลือก)

เคยประกอบธุรกิจประเภท.....

สถานที่.....ระยะเวลา.....

ไม่เคยประกอบธุรกิจใดมาก่อน

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในการประกอบการด้านอาหารเข้าใจดีโดยตลอด และสามารถปฏิบัติตาม
ตามข้อกำหนดพร้อมทั้งทำข้อตกลง หรือสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือก และขอให้คำมั่นสัญญา
แก่มหาวิทยาลัย ดังนี้

1. จะประกอบการร้านค้าร้านอาหารตามที่ได้ระบุด้วยตนเองและจะปฏิบัติตามข้อกำหนดโดยเคร่งครัด

2. ขอรับรองว่าข้อความที่กล่าวมาแล้วข้างต้นนั้นเป็นจริงทุกประการ

หลักฐานประกอบการสมัคร

1. รูปถ่ายหน้าตรงของผู้สมัครขนาด 1 นิ้ว

จำนวน 1 รูป (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)

2. ใบรับรองแพทย์ที่แพทย์ออกให้ไม่เกิน 1 เดือน

3. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร

4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัคร

5. เอกสาร/หลักฐานรับรองมาตรฐานการประกอบ

ธุรกิจจากภาครัฐหรือเอกชน (ถ้ามี)

6. เอกสาร/หลักฐานการประกอบธุรกิจอื่น ๆ (ถ้ามี)

ลงชื่อ.....ผู้รับสมัคร

(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

วันที่...../...../.....

* สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ กองทรัพย์สิน มหาวิทยาลัยพะเยา

เบอร์โทร 054 466666 ต่อ 3689-3690 Email : Revenue@up.ac.th

ใบขออนุญาตจำหน่ายสินค้า

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

บ้านเลขที่.....

ข้าพเจ้าขออนุญาตจำหน่ายสินค้านี้ดังต่อไปนี้

- | | |
|----------|----------|
| 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.....

*ให้ผู้เข้าสมัครถ่ายรูปถ่ายและกรอกข้อมูลของบุคคลที่จะต้องประกอบอาหารเพื่อจำหน่ายทุกคน

(กรณีที่ร้านมีการจำหน่ายสินค้าประเภทอาหารและเครื่องดื่ม)

รายการการตรวจไปรับรองแพทย์ผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหาร(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

แบบซักประวัติการตรวจสอบสุขภาพสำหรับผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร (Food handle)

ประวัติการทำงานปัจจุบัน

ประเภท	<input type="radio"/> อุตสาหกรรมอาหาร <input type="radio"/> ร้านค้าร้านอาหาร <input type="radio"/> อื่นๆ.....	
สถานที่ทำงาน		
แผนก	ตำแหน่งงาน	
ลักษณะงาน (Job description)	ประเภทอาหาร.....	
สิ่งคุกคาม(Hazard)		
PPE		

งานอดิเรก/อาชีพเสริม.....

ประวัติการทำงานในอดีต.....

ประวัติอาการผิดปกติในปัจจุบันที่เกี่ยวข้อง

- | | |
|---|---|
| 1.) ท้องเสีย/ถ่ายเหลว <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี | 4.) ไข้ <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี |
| 2.) ตัวเหลือง/ตาเหลือง <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี | 5.) มีน้ำมูก/ขี้ตา น้ำหนองในหู <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี |
| 3.) คลื่นไส้/อาเจียน <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี | 6.) ผื่น/แผล/รอยโรคที่ผิวหนัง <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> 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) โรคอื่น ๆ

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ (๓)

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

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (๑) ให้ประทับตราสถานพยาบาลพร้อมทั้งระบุที่อยู่

(๒) ต้องเป็นแพทย์ที่ได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๓) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ ให้ใช้ได้ ๑ เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย