



เลขที่รับ 854/2564

วันที่รับ 5 เม.ย. 2564

ใบแจ้งข้อเท็จจริงเกี่ยวกับวัตถุดิบตรายชนิดที่ ๑
ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา รับผิดชอบ

วอ./สธ ๕

ข้าพเจ้า บริษัท คีนัน จำกัด

(บุคคลธรรมดา หรือ นิติบุคคล)

อายุ ปี สัญชาติ เลขบัตรประจำตัวประชาชน/เลขทะเบียนนิติบุคคล 0135551006947

สถานที่ติดต่อผู้แจ้งข้อเท็จจริง ตั้งอยู่เลขที่ 86,88,90 หมู่ที่ ตรอก/ซอย

ถนน เถลิงพระเกียรติ ร.9 ตำบล/แขวง หนองบอน อำเภอ/เขต ประเวศ

จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10250 โทรศัพท์ 0 2747 2102-3 โทรสาร 0 2747 0120

ขอแจ้งข้อเท็จจริงเกี่ยวกับวัตถุดิบตรายชนิดที่ ๑ ตามพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม ดังนี้

๑. ประเภทการประกอบการ ผลิต นำเข้า

๒. ชื่อทางการค้าที่ใช้ภายในประเทศ เคเอฟ103 นิวทรัล ดีเทอร์เจนท์

KF103 NEUTRAL DETERGENT

๓. ชื่อทางการค้าเฉพาะเพื่อการส่งออกต่างประเทศ -

๔. ชื่อและอัตราส่วนของวัตถุดิบตราย (สารสำคัญ)

โซเดียมลอริลอีเทอร์ซัลเฟต (Sodium lauryl ether sulfate) 7.000 % w/w

ลอริลกลูโคไซด์ (Lauryl glucoside) 2.500 % w/w

๕. ชื่อและอัตราส่วนของส่วนประกอบอื่นครบทุกรายการ ตามที่แจ้งข้อเท็จจริงไว้กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๖. ประเภทของการใช้ ทำความสะอาด ลักษณะของวัตถุดิบตราย ชนิดของเหลว

๗. ชื่อสถานที่(ผลิต/เก็บรักษา) บริษัท คีนัน จำกัด

ตั้งอยู่เลขที่ 86 หมู่ที่ - ตรอก/ซอย -

ถนน เถลิงพระเกียรติ ร.9 ตำบล/แขวง หนองบอน อำเภอ/เขต ประเวศ

จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10250 โทรศัพท์ 0 2747 2102-3 โทรสาร 0 2747 0120

(ในกรณีที่มีสถานที่เก็บรักษา มากกว่า ๑ แห่ง ให้ระบุรายละเอียดเพิ่มเติมในหน้าที่ ๒)

๘. ชื่อสถานที่ผลิตต่างประเทศ (เฉพาะการนำเข้า)

ประเทศ -

Supplied by

๙. ปริมาณการ (ผลิต/นำเข้า) ต่อปี 150000.00 ลิตร

(ลงชื่อ) สุภาวดี ดีหลาย ผู้แจ้ง
(นางสาว สุภาวดี ดีหลาย)

สำหรับพนักงานเจ้าหน้าที่

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้รับแจ้งข้อเท็จจริงเกี่ยวกับวัตถุดิบตรายชนิดที่ ๑ ตามพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕ และแก้ไขเพิ่มเติม

โดยออกเลขที่รับแจ้ง 116/2564 เมื่อวันที่ 5 เดือน เมษายน พ.ศ. 2564

(ลงชื่อ) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ผู้รับแจ้ง
พนักงานเจ้าหน้าที่

หมายเหตุ การแจ้งข้อเท็จจริงเกี่ยวกับวัตถุดิบตรายชนิดที่ ๑ นี้ ออกโดยใช้ระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

เลขรับ	854/2564
วันที่รับ	5 เม.ย. 2564

สถานที่เก็บรักษาครั้งที่ ๒

ชื่อสถานที่เก็บรักษา

ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร

(กรณีมีที่เก็บรักษามากกว่า ๒ แห่ง ระบุรายการเพิ่มเติมได้)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และวิธีการในการผลิต การนำเข้า การส่งออก และการมีไว้ในครอบครองเพื่อใช้รับจ้างซึ่งวัตถุอันตรายที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาธิบดีชอบ และ ประกาศ กระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับฉลากของวัตถุอันตรายที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาธิบดีชอบ

(ลงชื่อ) สุภาวดี ดีหลาย ผู้แจ้ง
(นางสาว สุภาวดี ดีหลาย)

เอกสารและหลักฐานเพื่อการแจ้งข้อเท็จจริงเกี่ยวกับวัตถุอันตรายที่ ๑

พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารและหลักฐานมาด้วย คือ

- หนังสือรับรองนิติบุคคล หรือบัตรประจำตัวประชาชน และใบทะเบียนพาณิชย์ (ถ้ามี) กรณีที่เป็นบุคคลธรรมดา
- หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมีการมอบอำนาจ)
- แผนที่แสดงที่ตั้ง หรือพิกัด GPS ของสถานประกอบการ