

เขียนที่.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง แจ้งเลิกการปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

ด้วยข้าพเจ้า.....ผู้ได้รับขึ้นทะเบียนและรับ  
ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผน.....ชั้น.....สาขา.....  
ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ เลขที่.....เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ณ สถานที่

[ ] ขยายยา

[ ] แผนปัจจุบัน

[ ] ผลิตยา

[ ] แผนโบราณ

[ ] นำหรือส่งยาฯ

[ ] .....

[ ] .....

ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522

(ชื่อสถานที่) .....

ตั้งอยู่เลขที่.....ซอย.....ถนน.....

หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ดังปรากฏตามสัญญาะหว่างผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ฉบับลงวันที่ .....เดือน .....พ.ศ. ....

บัดนี้ ข้าพเจ้าได้เลิกเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ณ สถานที่ดังกล่าวข้างต้น ตั้งแต่วันที่

วันที่.....เดือน ..... พ.ศ. ....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

หมายเหตุ 1. เหตุผลการแจ้งเลิกการปฏิบัติการ

.....  
.....

2. แนบสำเนาใบประกอบโรคศิลป์