

เลขรับที่..... วันที่.....

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายละเอียดในใบอนุญาตโฆษณาเครื่องมือแพทย์

วันที่.....

ข้าพเจ้า (บริษัท/ห้าง/ร้าน).....
 ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....
 อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
 โดยมี.....เป็นผู้ดำเนินกิจการ/ผู้ยื่นคำขออนุญาตโฆษณาเครื่องมือแพทย์

ข้าพเจ้าขอเปลี่ยนแปลงรายละเอียดในใบอนุญาตโฆษณาเครื่องมือแพทย์ (ขพ.) เลขที่.....
 ออกให้ ณ วันที่เดือน.....พ.ศ.ใบอนุญาตสิ้นอายุวันที่ เดือน.....พ.ศ.
 โฆษณาเครื่องมือแพทย์ชื่อ.....

เปลี่ยนแปลงรายการ ดังต่อไปนี้

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> สถานที่ตั้ง | <input type="checkbox"/> หมายเลขโทรศัพท์ | <input type="checkbox"/> ขนาดและอัตราส่วนของข้อความ |
| <input type="checkbox"/> สีพื้นหลัง | <input type="checkbox"/> การจัดวางข้อความและภาพ | <input type="checkbox"/> สิทธิประโยชน์/โปรโมชั่น |
| <input type="checkbox"/> ชื่อบริษัท (กรณีเลขนิติบุคคลเดิม) | <input type="checkbox"/> ราคา | <input type="checkbox"/> ชื่อร้านที่จำหน่าย/ชื่อผู้จัดจำหน่าย |
| <input type="checkbox"/> การยกเลิกการแสดงรูปภาพ/ข้อความบางประการ โดยไม่มีการขอเพิ่มหรือเปลี่ยนแปลงรูปภาพใหม่ | | |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ เช่น | | |

โดยมีรายละเอียดในการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

.....

(ลายมือชื่อ).....ผู้ดำเนินกิจการ/ผู้ยื่นคำขอ
 (.....)

หมายเหตุ : แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายละเอียดเครื่องมือแพทย์

ที่ สธ 1002.

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

วันที่ เดือน พ.ศ.

- อนุญาต ไม่อนุญาตให้มีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายละเอียดข้างต้นในใบอนุญาตโฆษณาเครื่องมือแพทย์
- อื่นๆ

(ลายมือชื่อ).....
 ตำแหน่ง.....

ผู้อนุญาต