

คำขอแจ้งเลิกกิจการร้านขายยา

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอแจ้งเลิกกิจการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบอนุญาตขายยา

ด้วยข้าพเจ้า..... ผู้รับอนุญาต
ขายยา ชื่อ.....ใบอนุญาตเลขที่.....
ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด กาญจนบุรี

ประสงค์จะเลิกกิจการที่ได้รับอนุญาต ตั้งแต่วันที่.....เดือนพ.ศ.เป็นต้นไป
ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าจะขายยาที่เหลืออยู่ในครอบครองข้าพเจ้าให้กับผู้รับอนุญาตอื่นหรือแก่ผู้ซึ่งท่าน
เห็นสมควรให้หมดสิ้นภายในเก้าสิบวัน นับแต่วันที่ข้าพเจ้าเลิกกิจการเป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

หมายเหตุ เหตุผลการแจ้งเลิก

.....
.....

เอกสารประกอบการแจ้งยกเลิก - สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับอนุญาต
- ใบอนุญาตฉบับจริง
- หนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล (กรณีนิติบุคคล)