

คำขอยกเลิกกิจการเครื่องสำอาง / ใบจดแจ้งเครื่องสำอาง

วันที่.....

เรื่อง

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย

- | | |
|--|----------------|
| ๑. สำเนาบัตรประชาชน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. สำเนาใบจดทะเบียนพาณิชย์ (ถ้ามี) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. สำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล (ถ้ามี) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. ใบรับจดแจ้งเครื่องสำอาง | จำนวน.....ฉบับ |
| ๕. หนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนผู้รับและผู้มอบอำนาจ | จำนวน ๑ ชุด |

ด้วยข้าพเจ้า (ผู้รับอนุญาต).....

สถานที่ผลิต / นำเข้าเครื่องสำอาง ชื่อ.....ตั้งอยู่เลขที่.....

มีความประสงค์ขอยกเลิก.....

เนื่องจาก.....

โดยได้แนบเอกสารตามสิ่งที่ส่งมาด้วยมาพร้อมนี้ และรับทราบว่าการยกเลิกดังกล่าว ข้าพเจ้าไม่สามารถผลิต/นำเข้าเครื่องสำอางได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....