

เขียนที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอยกเลิกใบอนุญาต จำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภท ๓
 ขายวัตถุออกฤทธิ์ฯ ประเภท ๓ และ ๔

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

เนื่องด้วยข้าพเจ้า.....

เป็นผู้รับอนุญาต.....

โดยมีสถานที่ชื่อ.....เลขที่.....

หมู่.....ถนน.....ซอย.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ขอยกเลิกใบอนุญาต.....ตามใบอนุญาตเลขที่.....

เนื่องจาก เลิกกิจการ
 เปลี่ยนผู้รับอนุญาต
 ผู้รับอนุญาตเดิมถึงแก่กรรม
 ย้ายสถานที่
 ไม่ประสงค์จะขาย/จำหน่าย
 ไม่ต่ออายุใบอนุญาต
 อื่นๆ (ระบุ).....

ขอแสดงความนับถือ

.....
(.....)

ผู้รับอนุญาต

หมายเหตุ : พร้อมหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้าได้แนบ ใบอนุญาตฉบับจริง มาด้วยแล้ว