

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

เรื่อง แจ้งเลิกการปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

ด้วยข้าพเจ้า.....ผู้ได้รับขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต
เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผน.....ชั้น.....สาขา.....
ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ เลขที่.....เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ณ สถานที่

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ขายยา | <input type="checkbox"/> แผนปัจจุบัน |
| <input type="checkbox"/> ผลิตยา | <input type="checkbox"/> แผนโบราณ |
| <input type="checkbox"/> นำหรือสั่งยาฯ | <input type="checkbox"/> |

ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๒๒
ชื่อสถานที่
ตั้งอยู่เลขที่.....ซอย.....ถนน.....
หมู่ที่.....แขวง.....อำเภอ.....จังหวัดกาญจนบุรี

บัดนี้ ข้าพเจ้าได้เลิกเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ณ สถานที่ดังกล่าวข้างต้น
ตั้งแต่วันที่..... เดือน พ.ศ.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....
(.....)
ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

หมายเหตุ ๑. เหตุผลการแจ้งเลิกการปฏิบัติการ

.....
๒. แนบสำเนาใบประกอบโรคศิลปะ