

เลขรับที่.....
วันที่.....
ลงชื่อ ผู้รับ

ผู้รับอนุญาตแจ้งเลิกกิจการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอแจ้งเลิกกิจการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบอนุญาต.....

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

ได้รับอนุญาต.....ตามใบอนุญาตเลขที่.....

ณ สถานที่ ชื่อ.....ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดนครสวรรค์

ประสงค์จะเลิกกิจการที่ได้รับอนุญาต ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เป็นต้นไป

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะขายยาที่เหลืออยู่ในครอบครองข้าพเจ้าให้กับผู้รับอนุญาตอื่น หรือแก่ผู้ซึ่งท่านเห็นสมควรให้หมดสิ้นภายใน 90 วัน นับแต่วันที่ข้าพเจ้าเลิกกิจการเป็นต้นไป พร้อมกับ หนังสือนี้ ข้าพเจ้าได้ส่งได้มอบใบอนุญาตมาด้วยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)