

เลขรับ.....
วันที่.....
ผู้รับ.....

เขียนที่

.....

วันที่.....เดือน

.....พ.ศ.....

เรื่อง แจ้งเลิกสถานที่ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับ ○ ยา ○ ยาเสพติดให้
โทษ ○ วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

ด้วยข้าพเจ้า

.....

.....เป็นผู้รับ

อนุญาต

.....

ตามใบอนุญาตเลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....

เดือน.....พ.ศ.ชื่อสถาน

ที่.....ตั้งอยู่

ที่.....ถนน.....หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....ฉะเชิงเทรา.....

ข้าพเจ้าได้เลิกประกอบธุรกิจตามใบอนุญาตดังกล่าว ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....

พ.ศ. เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้รับอนุญาต

เรียน นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดฉะเชิงเทรา - เพื่อพิจารณาอนุญาต - ตรวจเอกสารครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรอนุญาต ลงชื่อเจ้าหน้าที่ (.....) วันที่ 	(ลงชื่อ) (.....) นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดฉะเชิงเทรา วันที่
--	--