

เลขรับ..... วันที่..... ผู้

รับ.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง แจ้งเลิกสถานที่ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับ O ยา O ยาเสพติดให้โทษ O วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

ด้วยข้าพเจ้า..... เป็นผู้รับ

อนุญาต..... ตามใบ

อนุญาตเลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ชื่อ

สถานที่.....ตั้งอยู่ที่..... ..ถนน.....

หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด.....ฉะเชิงเทรา.....

.....

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

พ.ศ. เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้รับอนุญาต

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

- เพื่อพิจารณาอนุญาต
 - ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนถูกต้อง
- เห็นควรอนุญาต

ลงชื่อเจ้าหน้าที่.....
(.....) วันที่
.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

วันที่.....