

เขียนที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง แจ้งเลิกการปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. 2510
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ด้วยข้าพเจ้า.....ผู้ได้รับขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็น
ผู้ประกอบการโรคศิลปะแผน.....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"/> นำหรือส่งยา | <input type="checkbox"/> |

ตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. 2510 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติฯ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522

(ชื่อสถานที่)

ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ.....จังหวัดอุดรธานี โทรศัพท์.....

ดังปรากฏตามสัญญาระหว่างผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ฉบับลงวันที่เดือนพ.ศ.

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

หมายเหตุ 1. เหตุผลการแจ้งเลิกการปฏิบัติการ

.....

2. แนบสำเนาใบประกอบโรคศิลป์

3. สำเนาบัตรประชาชน