

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

เรื่อง แจ้งเลิกการปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. 2510

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม

ด้วยข้าพเจ้า.....ผู้ได้รับขึ้นทะเบียนและรับ
ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผน.....ชั้น.....สาขา.....
ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ เลขที่.....เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ณ สถานที่

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ ขยายยา | ☐ แผนปัจจุบัน |
| ☐ ผลิตยา | ☐ แผนโบราณ |
| ☐ นำหรือส่งยาฯ | ☐ |
| | ☐ |

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

ตั้งอยู่เลขที่.....ซอย.....ถนน.....

หมู่ที่.....แขวง.....เขต.....กรุงเทพฯ

ดังปรากฏตามสัญญาระหว่างผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ฉบับลงวันที่ เดือน พ.ศ.

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

หมายเหตุ 1. เหตุผลการแจ้งเลิกการปฏิบัติการ

.....
.....

2. แนบสำเนาใบประกอบโรคศิลป์