

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

เรื่อง แจ้งเลิกการปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. 2510

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ด้วยข้าพเจ้า.....ผู้ได้รับขึ้นทะเบียนและรับ  
ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผน.....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"/> นำหรือสั่งยาฯ | <input type="checkbox"/> .....       |
|  | <input type="checkbox"/> .....       |

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

(ชื่อสถานที่) .....

ตั้งอยู่เลขที่.....ซอย.....ถนน.....

หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ดังปรากฏตามสัญญาระหว่างผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ฉบับลงวันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

บัดนี้ ข้าพเจ้าได้เลิกเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ณ สถานที่ดังกล่าวข้างต้น ตั้งแต่วันที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

หมายเหตุ 1. เหตุผลการแจ้งเลิกการปฏิบัติการ

.....  
.....

2. แนบสำเนาใบประกอบโรคศิลป์