

## ผู้รับอนุญาตแจ้งเลิกกิจการ (นิติบุคคล)

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

เรื่อง ขอแจ้งเลิกกิจการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย

๑.ใบอนุญาตฉบับจริง

๒.บัญชียาที่เหลือในวันแจ้งเลิกกิจการ

๓.สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคลจากกระทรวงพาณิชย์

ด้วยข้าพเจ้า(ชื่อนิติบุคคล).....ผู้รับอนุญาต

โดยมี.....

เป็นผู้มีอำนาจปรากฏตามหนังสือรับรองการจดทะเบียนดังสิ่งที่ส่งมาด้วย (๓)

[ ] ขยายยา

[ ] แผนปัจจุบัน

[ ] ผลิตยา

[ ] แผนโบราณ

[ ] นำหรือส่งยาฯ

[ ] .....

ใบอนุญาตเลขที่.....ของสถานที่ (ชื่อสถานที่).....

ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัดชลบุรี ประสงค์จะเลิกกิจการที่ได้รับอนุญาต

ตั้งแต่วันที่..... เดือน ..... พ.ศ. .... เป็นต้นไป

เหตุผลการแจ้งเลิกกิจการ.....

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าจะขยายยาที่เหลืออยู่ในครอบครองข้าพเจ้าให้กับผู้รับอนุญาตอื่นหรือแก่ผู้ซึ่งท่าน

เห็นสมควรให้หมดสิ้นภายในเก้าสิบวัน นับแต่วันที่ข้าพเจ้าเลิกกิจการเป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

(ลงชื่อ).....

(.....)

(ลงชื่อ).....

(.....)

**หมายเหตุ** ขีดฆ่าคำที่ไม่ต้องการออก

สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคลจากกระทรวงพาณิชย์ต้องลงลายมือชื่อพร้อมประทับตราบริษัทตามเงื่อนไขให้ครบถ้วนสมบูรณ์ และแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและทะเบียนบ้านของกรรมการผู้มีอำนาจลงนามให้ครบถ้วน