

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ยกเลิกใบอนุญาต.....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

ด้วยข้าพเจ้า.....ผู้รับอนุญาต.....
ณ สถานที่ชื่อ.....ตามใบอนุญาตเลขที่
ตั้งอยู่เลขที่ ตรอก/ซอย ถนน
หมู่ที่..... ตำบล อำเภอ จังหวัดสมุทรปราการ

บัดนี้ ข้าพเจ้าขอยกเลิกใบอนุญาต ดังกล่าว ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
เป็นต้นไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับอนุญาต

หมายเหตุ

เหตุผลการแจ้งเลิก.....

.....

(เอกสารประกอบการแจ้งยกเลิก)

กรณีบุคคลธรรมดา 1. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับอนุญาต 2. ใบอนุญาตฯ (ฉบับจริง))

กรณีนิติบุคคล 1. หนังสือจดทะเบียนนิติบุคคลพร้อมสำเนาบัตรประชาชนผู้มีอำนาจตามนิติบุคคล
2. ใบอนุญาต (ฉบับจริง) 3. หนังสือมอบอำนาจ (ระบุข้อความให้มายื่นยกเลิกใบอนุญาต) (ถ้ามี)