

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง แจ้งเลิกการปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง

ด้วยข้าพเจ้า.....ผู้ได้รับขึ้นทะเบียนและรับ

ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผน.....ชั้น.....สาขา.....

ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ เลขที่.....เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ณ สถานที่

[] ขยายยา

[] แผนปัจจุบัน

[] ผลิตยา

[] แผนโบราณ

[] นำ หรือส่งยาฯ

[]

ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522

(ชื่อสถานที่)

ตั้งอยู่เลขที่.....ซอย.....ถนน.....

หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด ลำปาง

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

บัดนี้ ข้าพเจ้าได้เลิกเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ณ สถานที่ดังกล่าวข้างต้น ตั้งแต่

วันที่..... เดือน พ.ศ.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

หมายเหตุ 1. เหตุผลการแจ้งเลิกการปฏิบัติการ

.....

.....

2. แนบสำเนาใบประกอบโรคศิลป์