

คำขอยกเลิกใบอนุญาต

เขียนที่

วันที่

เรื่อง ขอยกเลิกใบอนุญาตเกี่ยวกับ ยาเสพติดให้โทษ วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท

เรียน ผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติด

เนื่องด้วยข้าพเจ้า

(ชื่อบุคคล/นิตบุคคล)

ซึ่งเป็นผู้รับอนุญาตตามใบอนุญาต

ชื่อใบอนุญาต	เลขที่ใบอนุญาต	ชื่อผู้ดำเนินกิจการ

ณ สถานที่ซึ่ง
ตั้งอยู่เลขที่ ถนน หมู่ที่

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด โทรศัพท์

มีความประสงค์ขอยกเลิกใบอนุญาตดังกล่าวข้างต้น ตั้งแต่วันที่..... เป็นต้นไป เนื่องจาก

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> เลิกกิจการ | <input type="checkbox"/> ย้ายสถานที่ | <input type="checkbox"/> เปลี่ยนผู้รับอนุญาต |
| <input type="checkbox"/> ผู้รับอนุญาตเดิมถึงแก่กรรม | <input type="checkbox"/> ไม่ประสงค์จะขาย/จำหน่าย/ครอบครอง | <input type="checkbox"/> ไม่ประสงค์จะต่ออายุใบอนุญาตฯ |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... | | |

และข้าพเจ้าได้ดำเนินการกับยาเสพติด / วัตถุออกฤทธิ์ ที่คงเหลือดังนี้

ยาเสพติดให้โทษ	วัตถุออกฤทธิ์
<p><input type="checkbox"/> ได้ใช้จนหมด <u>ไม่มียาเสพติดคงเหลือ</u> ณ วันที่.....</p> <p><input type="checkbox"/> <u>มียาเสพติดคงเหลืออยู่</u> ซึ่งข้าพเจ้าไม่ประสงค์จะขาย/ จะขอจำหน่าย/ไม่ไว้ในครอบครองต่อไป และได้เชิญพนักงานเจ้าหน้าที่ กองควบคุมวัตถุเสพติด / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นพยาน ในการทำลายเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่..... พร้อมแนบสำเนาบันทึกควบคุมการทำลายวัตถุออกฤทธิ์ มาด้วยแล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> <u>มีวัตถุออกฤทธิ์คงเหลืออยู่</u> ซึ่งข้าพเจ้าประสงค์จะขาย/ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ประเภท 3 หรือประเภท 4 ที่เหลืออยู่ ในส่วนที่เกินกว่าที่กฎหมายให้มีไว้ในครอบครองแก่ผู้รับอนุญาตอีก ภายใน 60 วันนับแต่วันเลิกกิจการ ได้แก่ รายการที่ 1 ชื่อวัตถุออกฤทธิ์..... ชื่อผู้ผลิต..... รุ่นการผลิต..... ขายให้แก่..... (ชื่อและท้องที่) วันที่จะขาย..... ปริมาณ..... ได้แนบสำเนาใบอนุญาตของผู้ขอ</p> <p>..... เลขที่ (ชื่อใบอนุญาต) มาด้วย (หากมีวัตถุออกฤทธิ์ที่จะขายมากกว่า 1 รายการ ให้แนบ รายละเอียดดังกล่าวทั้งหมดมาเป็นเอกสารแนบท้ายคำขอ เพิ่มเติมด้วย)</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p>	<p><input type="checkbox"/> ได้ใช้จนหมด <u>ไม่มีวัตถุออกฤทธิ์คงเหลือ</u> ณ วันที่.....</p> <p><input type="checkbox"/> <u>มีวัตถุออกฤทธิ์คงเหลืออยู่</u> ซึ่งข้าพเจ้าไม่ประสงค์จะขาย/ จะขอจำหน่าย/ไม่ไว้ในครอบครองต่อไป และได้เชิญพนักงานเจ้าหน้าที่ กองควบคุมวัตถุเสพติด / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นพยาน ในการทำลายเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่..... พร้อมแนบสำเนาบันทึกควบคุมการทำลายวัตถุออกฤทธิ์ มาด้วยแล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> <u>มีวัตถุออกฤทธิ์คงเหลืออยู่</u> ซึ่งข้าพเจ้าประสงค์จะขาย/ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ประเภท 3 หรือประเภท 4 ที่เหลืออยู่ ในส่วนที่เกินกว่าที่กฎหมายให้มีไว้ในครอบครองแก่ผู้รับอนุญาตอีก ภายใน 60 วันนับแต่วันเลิกกิจการ ได้แก่ รายการที่ 1 ชื่อวัตถุออกฤทธิ์..... ชื่อผู้ผลิต..... รุ่นการผลิต..... ขายให้แก่..... (ชื่อและท้องที่) วันที่จะขาย..... ปริมาณ..... ได้แนบสำเนาใบอนุญาตของผู้ขอ</p> <p>..... เลขที่ (ชื่อใบอนุญาต) มาด้วย (หากมีวัตถุออกฤทธิ์ที่จะขายมากกว่า 1 รายการ ให้แนบ รายละเอียดดังกล่าวทั้งหมดมาเป็นเอกสารแนบท้ายคำขอ เพิ่มเติมด้วย)</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p>

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบทลักษณ์มาพร้อมคำขอด้วยแล้ว ดังนี้

1. รายงานประจำเดือนของวัตถุออกฤทธิ์ /ยาเสพติด (ยส.6) จนถึงวันที่ขอยกเลิกใบอนุญาต
ที่ก่อให้เกิดภัยแล้ว กองควบคุมวัตถุเสพติด ได้ลงลายมือชื่อรับเรื่องแล้ว
2. ต้นฉบับใบอนุญาต
3. กรณีนิติบุคคล:

3.1 สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนหุ้นส่วนบริษัท ซึ่งได้รับการรับรองจากการพัฒนาธุรกิจการค้ากระทรวงพาณิชย์ มาไม่เกิน 6 เดือน และให้กรรมการผู้มีอำนาจลงชื่อผูกพันนิติบุคคล รับรองสำเนา พร้อมประทับตรานิติบุคคล
3.2 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของกรรมการผู้มีอำนาจผูกพันนิติบุคคล

ข้าพเจ้าขอให้สัญญาว่า

- 1) จะปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขต่าง ๆ ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด
- 2) ยินยอมให้หน่วยรับรองระบบงานหรือองค์กร ที่เกี่ยวข้องกับการรับรองดำเนินการสังเกตการณ์การตรวจประเมิน ของคณะผู้ตรวจประเมินของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ณ สถานประกอบการของข้าพเจ้าตามที่ได้รับการร้องขอ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลต่าง ๆ ที่ให้ไว้นี้เป็นความจริงทุกประการ และได้รับเอกสารหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการรับรองไว้เรียบร้อยแล้ว

(ลายมือชื่อ) (ผู้ดำเนินกิจการ)

()

กรณีนิติบุคคลให้เพิ่มลายมือชื่อ
..... (กรรมการผู้มีอำนาจผูกพันนิติบุคคล)
()
..... (กรรมการผู้มีอำนาจผูกพันนิติบุคคล)
()

ผลการตรวจรับ

ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
<input type="checkbox"/> เอกสารครบถ้วน/ถูกต้อง รับคำขอและเอกสารไว้เพื่อดำเนินการต่อไป <input type="checkbox"/> เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก	<input type="checkbox"/> เอกสารครบถ้วน <input type="checkbox"/> เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง คืนเอกสารคำขอ
<input type="checkbox"/> ให้ยื่นเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมภายในระยะเวลา 5 วันทำการ นับจากวันที่ได้รับเรื่อง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ ในการคืนคำขอ <input type="checkbox"/> คืนเอกสารคำขอ แล้วให้นำมายื่นใหม่ภายใน พร้อมแก้ไขให้ถูกต้อง	<input type="checkbox"/> ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ..... วันที่...../...../.....
ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ ลงชื่อ..... รับทราบผลการตรวจเอกสาร วันที่...../...../..... ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ..... วันที่...../...../..... <input type="checkbox"/> รับเอกสารทางไปรษณีย์ ให้เจ้าหน้าที่แจ้งผู้ยื่นคำขอ โดยกำหนดยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายใน 20 วันทำการนับจากวันที่แจ้ง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ในการคืนคำขอ () แจ้งทางโทรศัพท์ หมายเลขอรับเรื่อง..... () แจ้งทางโทรสาร หมายเลขอรับเรื่อง..... () แจ้งทางไปรษณีย์	

**หนังสือมอบอำนาจ
ให้ผู้อื่นมาเขียนและรับเอกสารเกี่ยวกับ ในอนุญาต ๑ วัตถุสภาพดิ**

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี เป็นผู้ค้ำเนินกิจการ
ในสถานที่ประกอบการชื่อ..... ตั้งอยู่เลขที่.....
ซอย/ตรอก..... ถนน..... หมู่ที่.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
บัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการเลขที่.....

ขอนอบอำนาจให้..... อายุ..... ปี
อยู่เลขที่..... ซอย/ตรอก..... หมู่ที่..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
บัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการเลขที่.....
เป็นผู้ค้ำเนินการแทนเกี่ยวกับการ O ขอรับใบอนุญาต.....

-
 แก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการ ในใบอนุญาต.....

.....
 ต่ออายุใบอนุญาต.....
 อื่นๆ (ระบุ).....

โดยเป็นผู้ยื่น / รับเอกสาร ตลอดถึงการแก้ไขเอกสาร ที่กองควบคุมวัตถุสภาพดิ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา แทนข้าพเจ้า ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย กือ

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / บัตรข้าราชการ ของข้าพเจ้าที่รับรองเอกสารแล้ว
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / บัตรข้าราชการ ของผู้รับมอบอำนาจที่รับรองเอกสารแล้ว
การได้ที่ นาย / นาง / นางสาว..... ได้กระทำไว้ให้ถือเสมือน

เป็นการกระทำของข้าพเจ้า และข้าพเจ้าขอรับผิดชอบทุกประการ

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

กรุณาก potrà ละເອີ້ດໃຫ້ຄົບຄົວ : ຄ້າສ່າງເອົກສາກາງໄປຮົມເຍື່ອນິ່ມຕ້ອງໃຫ້หนังສ៊ីអប់ានាជ