เขียนที่……

วันที่……เดือน……พ.ศ……

เรื่อง แจ้งเลิกการปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

ด้วยข้าพเจ้า……ผู้ได้รับขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ……ใบอนุญาตเลขที่……. เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ณ สถานที่

[ ] ขายยา [ ] แผนปัจจุบัน

[ ] ผลิตยา [ ] แผนโบราณ

[ ] นำหรือสั่งยาฯ [ ] …….

[ ] …….

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

(ชื่อสถานที่) …….

ตั้งอยู่เลขที่……ซอย……..ถนน……..

หมู่ที่……ตำบล……อำเภอ……จังหวัดสุโขทัย

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

บัดนี้ ข้าพเจ้าได้เลิกเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ณ สถานที่ดังกล่าวข้างต้น ตั้งแต่ วันที่…… เดือน …… พ.ศ. ……..

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)……..

(……..)

ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

หมายเหตุ 1. เหตุผลการแจ้งเลิกการปฏิบัติการ

……

……..

2. แนบสำเนาใบประกอบโรคศิลป์