

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

เรื่อง แจ้งเลิกการปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. 2510
เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดพัทลุง (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพัทลุง)

ด้วยข้าพเจ้า.....ผู้ได้รับขึ้นทะเบียนและรับ
ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผน.....ชั้น.....สาขา.....
ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ เลขที่.....เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ณ สถานที่

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ขายยา | <input type="checkbox"/> แผนปัจจุบัน |
| <input type="checkbox"/> ผลิตยา | <input type="checkbox"/> แผนโบราณ |
| <input type="checkbox"/> นำหรือส่งยาฯ | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> |

ตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. 2510 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติฯ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522
(ชื่อสถานที่)
ตั้งอยู่เลขที่.....ซอย.....ถนน.....
หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด พัทลุง
ดังปรากฏตามสัญญาระหว่างผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ฉบับลงวันที่เดือน.....พ.ศ.
บัดนี้ ข้าพเจ้าได้เลิกเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ณ สถานที่ดังกล่าวข้างต้น ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

หมายเหตุ 1. เหตุผลการแจ้งเลิกการปฏิบัติการ

.....
.....

2. แนบสำเนาใบประกอบโรคศิลป์