

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรื่อง ขอเปลี่ยนผู้รับอนุญาต

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

ข้าพเจ้า.....ผู้รับอนุญาต.....

ใบอนุญาตเลขที่.....ในนามของร้าน/บริษัท/หจก. ....

ที่อยู่เลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....มีความประสงค์ขอเปลี่ยนผู้รับอนุญาตจาก.....

เป็น.....และข้าพเจ้าขอยกเลิกใบอนุญาตของข้าพเจ้านับตั้งแต่วันที่

.....ได้รับอนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

(ระบุชื่อผู้รับอนุญาตใหม่)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

#### หมายเหตุ

- กรณีบุคคลธรรมดาให้แนบสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับอนุญาตเดิม
- กรณีนิติบุคคลให้แนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล พร้อมตัวอย่างลายมือชื่อขอ  
ผู้อำนาจลงนาม, สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของกรรมการผู้มีอำนาจลงนาม

- กรณีผู้รับอนุญาตเดิมไม่สามารถยื่นเอกสารด้วยตนเอง ให้มีหนังสือมอบอำนาจจากผู้รับอนุญาตเดิม  
ประกอบการพิจารณา