

เลขรับที่.....  
วันที่.....  
ลงชื่อ.....ผู้รับ

### ผู้รับอนุญาตแจ้งเลิกกิจการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรื่อง ขอแจ้งเลิกกิจการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประเภท.....

ณ เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ณ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ชื่อ.....

ตามใบอนุญาตเลขที่.....ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

บัดนี้ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะเลิกกิจการที่ได้รับอนุญาตตามรายละเอียดข้างต้น ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .... เป็นต้นไป และพร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้นำใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพฉบับเดิมมามอบพร้อมกับหนังสือนี้ด้วยแล้ว

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้แจ้งเลิกกิจการ

รับทราบ

(ลงชื่อ).....ผู้อนุญาต

(.....)

วันที่.....