

คำขอยกเลิกใบอนุญาต

เขียนที่

วันที่

เรื่อง ขอยกเลิกใบอนุญาตเกี่ยวกับ ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ๕

วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในประเภท ๑ ๒ ๓ ๔

เรียน ผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติด

เนื่องด้วยข้าพเจ้า

(ชื่อบุคคล/นิติบุคคล)

ซึ่งเป็นผู้รับอนุญาตตามใบอนุญาต

ชื่อใบอนุญาต	เลขที่ใบอนุญาต	ชื่อผู้ดำเนินกิจการ

ณ สถานที่ชื่อ

ตั้งอยู่เลขที่ ตรอก/ซอย 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"/> ผู้รับอนุญาตเต็มถึงแก่กรรม | <input type="checkbox"/> ไม่ประสงค์จะขาย/จำหน่าย/ครอบครอง | <input type="checkbox"/> ไม่ประสงค์จะต่ออายุใบอนุญาตฯ |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... | | |

และข้าพเจ้าได้ดำเนินการกับยาเสพติด / วัตถุออกฤทธิ์ ที่คงเหลือดังนี้

ยาเสพติดให้โทษ	วัตถุออกฤทธิ์
<input type="checkbox"/> ได้ใช้จนหมด <u>ไม่มียาเสพติดคงเหลือ</u> ณ วันที่..... <input type="checkbox"/> <u>มียาเสพติดคงเหลืออยู่</u> ซึ่งข้าพเจ้าไม่ประสงค์จะขอจำหน่าย/มีไว้ในครอบครองต่อไป และได้เชิญพนักงานเจ้าหน้าที่กองควบคุมวัตถุเสพติด / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นพยานในการทำลายเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่..... พร้อมแนบสำเนาบันทึกควบคุมการทำลายยาเสพติดให้โทษมาด้วยแล้ว <input type="checkbox"/> อื่นๆ	<input type="checkbox"/> ได้ใช้จนหมด <u>ไม่มีวัตถุออกฤทธิ์คงเหลือ</u> ณ วันที่..... <input type="checkbox"/> <u>มีวัตถุออกฤทธิ์คงเหลืออยู่</u> ซึ่งข้าพเจ้าไม่ประสงค์จะขอขาย/มีไว้ในครอบครองต่อไป และได้เชิญพนักงานเจ้าหน้าที่กองควบคุมวัตถุเสพติด / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นพยานในการทำลายเรียบร้อยแล้วเมื่อวันที่..... พร้อมแนบสำเนาทะเบียนที่ควบคุมการทำลายวัตถุออกฤทธิ์ฯ มาด้วยแล้ว <input type="checkbox"/> <u>มีวัตถุออกฤทธิ์คงเหลืออยู่</u> ซึ่งข้าพเจ้าประสงค์จะขอขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ประเภท 3 หรือประเภท 4 ที่เหลืออยู่ในส่วนที่เกินกว่าที่กฎหมายให้มีไว้ในครอบครองแก่ผู้รับอนุญาตอื่นภายใน 60 วันนับแต่วันเลิกกิจการ ได้แก่ รายการที่ 1 ชื่อวัตถุออกฤทธิ์..... ชื่อผู้ผลิต..... รุ่นการผลิต..... ขายให้แก่..... (ชื่อและที่อยู่) วันที่จะขาย..... ปริมาณ..... ได้แนบสำเนาใบอนุญาตของผู้ซื้อ..... (ชื่อใบอนุญาต) เลขที่ มาด้วย (หากมีวัตถุออกฤทธิ์ที่จะขายมากกว่า 1 รายการ ให้แนบรายละเอียดดังกล่าวทั้งหมดมาเป็นเอกสารแนบท้ายคำขอฯ เพิ่มเติมด้วย) <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาพร้อมคำขอฯด้วยแล้ว ดังนี้

1. รายงานรับจ่ายของวัตถุออกฤทธิ์ / ยาเสพติดให้โทษจนถึง ณ วันที่ขอยกเลิกใบอนุญาต ซึ่งเจ้าหน้าที่กองควบคุมวัตถุเสพติด/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้ลงลายมือชื่อรับเรื่องแล้ว
2. ต้นฉบับใบอนุญาต
3. กรณีนิติบุคคล:

3.1 สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนหุ้นส่วนบริษัท ซึ่งได้รับการรับรองจากกรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ มาไม่เกิน 6 เดือน และให้กรรมการผู้มีอำนาจลงชื่อผูกพันนิติบุคคล รับรองสำเนา พร้อมประทับตรานิติบุคคล

3.2 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของกรรมการผู้มีอำนาจผูกพันนิติบุคคล

ข้าพเจ้าขอให้สัญญาว่า

- 1) จะปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขต่าง ๆ ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด
- 2) ยินยอมให้หน่วยรับรองระบบงานหรือองค์กร ที่เกี่ยวข้องกับการรับรองดำเนินการสังเกตการณ์การตรวจประเมินของคณะผู้ตรวจประเมินของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ณ สถานประกอบการของข้าพเจ้าตามที่ได้รับการร้องขอ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลต่าง ๆ ที่ให้ไว้นี้เป็นความจริงทุกประการ และได้รับเอกสารหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการรับรองไว้เรียบร้อยแล้ว

(ลายมือชื่อ).....ผู้รับอนุญาตเดิม
(.....)

(ลายมือชื่อ).....กรรมการผู้มีอำนาจผูกพันนิติบุคคล
(.....)

(ลายมือชื่อ).....ผู้รับอนุญาตใหม่
(.....)

(ลายมือชื่อ).....กรรมการผู้มีอำนาจผูกพันนิติบุคคล
(.....)

ผลการตรวจรับ

ครั้งที่ 1

- เอกสารครบถ้วน/ถูกต้อง รับคำขอและเอกสารไว้เพื่อดำเนินการต่อไป
 เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก

- ให้อื่นเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมภายในระยะเวลา 5 วันทำการ นับจากวันที่ได้รับเรื่อง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ในการคืนคำขอ
 คืนเอกสารคำขอ แล้วให้นำมายื่นใหม่ภายหลัง พร้อมแก้ไขให้ถูกต้อง

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ ลงชื่อ.....
รับทราบผลการตรวจเอกสาร วันที่...../...../.....

ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ.....
วันที่...../...../.....

รับเอกสารทางไปรษณีย์

ให้เจ้าหน้าที่แจ้งผู้ยื่นคำขอ โดยกำหนดยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายใน 20 วันทำการนับจากวันที่แจ้ง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ในการคืนคำขอ

- () แจ้งทางโทรศัพท์ หมายเลข.....
ผู้รับเรื่อง.....
() แจ้งทางโทรสาร หมายเลข.....
() แจ้งทางไปรษณีย์

ครั้งที่ 2

- เอกสารครบถ้วน
 เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง คืนเอกสารคำขอ

ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ.....
วันที่...../...../.....

หนังสือมอบอำนาจ
ให้ผู้ยื่นภาษีและรับเอกสารเกี่ยวกับ ใบอนุญาต ฯ วัตถุประสงค์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

ขอมอบอำนาจให้.....อายุ.....ปี
อยู่เลขที่.....ซอย/ตรอก.....หมู่ที่.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
บัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการเลขที่.....
เป็นผู้ดำเนินการแทนเกี่ยวกับการ ขอรับใบอนุญาต.....

- แก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต.....
- ต่ออายุใบอนุญาต.....
- อื่น ๆ (ระบุ).....

โดยเป็นผู้ยื่น / รับเอกสาร ตลอดถึงการแก้ไขเอกสาร ที่กองควบคุมวัตถุประสงค์ สำนักงานคณะกรรมการ
อาหารและยา แทนข้าพเจ้า ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

1. สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ ของข้าพเจ้าที่รับรองเอกสารแล้ว
 2. สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ ของผู้รับมอบอำนาจที่รับรองเอกสารแล้ว
- การใดที่ นาย / นาง / นางสาว.....ได้กระทำไปให้ถือเสมือน

เป็นการกระทำของข้าพเจ้า และข้าพเจ้าขอรับผิดชอบทุกประการ

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ติดอากร 30.- บาท
ประทับตราบริษัทฯ (ถ้ามี)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

กรุณากรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน : ถ้าส่งเอกสารทางไปรษณีย์ไม่ต้องใช้หนังสือมอบอำนาจ