

คำขอยกเลิกใบอนุญาตและส่งมอบยาเสพติดให้โทษ
สำหรับนิติบุคคลหรือสถานพยาบาลเอกชนที่เป็นนิติบุคคล ซึ่งประสงค์จะเปลี่ยนแปลงผู้รับอนุญาต

เขียนที่.....
วันที่.....

เรื่อง ขอยกเลิกใบอนุญาตเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ ในประเภท ๒ ในประเภท ๕

เรียน(ผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติด / นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด)

เนื่องด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ซึ่งเป็นผู้รับอนุญาตตามใบอนุญาต

ชื่อใบอนุญาต	เลขที่ใบอนุญาต	ชื่อผู้รับอนุญาต

เพื่อการดำเนินการของ.....

(ระบุชื่อนิติบุคคลหรือสถานพยาบาลเอกชนที่เป็นนิติบุคคล)

ณ สถานที่ชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ขอยกเลิกใบอนุญาตดังกล่าวข้างต้น ตั้งแต่วันที่.....เป็นต้นไป
เนื่องจาก มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับอนุญาต ทั้งนี้ ข้าพเจ้าประสงค์จะส่งมอบยาเสพติดให้โทษคงเหลือให้
ผู้รับอนุญาตใหม่ ภายใต้การดำเนินการของนิติบุคคลเดิม ซึ่งมีรายละเอียดเป็นไปตามรายงานรับจ่าย
ยาเสพติดให้โทษ ณ วันที่ยื่นคำขอยกเลิกใบอนุญาต โดยให้ (นาย/นาง/นางสาว).....

เป็นผู้รับอนุญาตใหม่ แทนผู้รับอนุญาตเดิม ซึ่งได้รับมอบจำนวนยาเสพติดให้โทษดังกล่าว และยื่นคำขอรับ
ใบอนุญาตฉบับใหม่เรียบร้อยแล้ว โดยให้มีผลต่อเนื่องจากใบอนุญาตฉบับเดิม

ทั้งนี้ ได้แนบหลักฐานมาพร้อมคำขอฯ ด้วยแล้ว ดังนี้

(๑) รายงานรับจ่ายยาเสพติดให้โทษ จนถึง ณ วันที่ขอยกเลิกใบอนุญาต ซึ่งเจ้าหน้าที่
กองควบคุมวัตถุเสพติด/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้ลงลายมือชื่อรับเรื่องแล้ว

(๒) ต้นฉบับใบอนุญาต

(๓) สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนหุ้นส่วนบริษัท ซึ่งได้รับการรับรองจากกรมพัฒนา
ธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ มาไม่เกินหกเดือน และให้กรรมการผู้มีอำนาจลงชื่อผูกพันนิติบุคคลรับรองสำเนา
พร้อมประทับตรานิติบุคคล

(๔) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของกรรมการผู้มีอำนาจผูกพันนิติบุคคล

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลต่างๆ ที่ให้ไว้นี้เป็นความจริงทุกประการ

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

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

(ลายมือชื่อ).....พยาน
(.....)