

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

เรื่อง ยกเลิกใบอนุญาต.....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

ด้วยข้าพเจ้า.....ผู้รับอนุญาต.....  
ณ สถานที่ชื่อ.....ตามใบอนุญาตเลขที่.....  
ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....  
หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดสมุทรปราการ

บัดนี้ ข้าพเจ้าขอยกเลิกใบอนุญาต ดังกล่าว ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
เป็นต้นไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ผู้รับอนุญาต

หมายเหตุ

เหตุผลการแจ้งเลิก.....  
.....