

## คำขอยกเลิกใบอนุญาต

เขียนที่ .....

วันที่ .....

เรื่อง ขอยกเลิกใบอนุญาตเกี่ยวกับ  ยาเสพติดให้โทษ  วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

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)

ยาเสพติดให้โทษ	วัตถุออกฤทธิ์
	เลขที่ .....มาด้วย (หากมีวัตถุออกฤทธิ์ที่จะขายมากกว่า 1 รายการ ให้แนบ รายละเอียดดังกล่าวทั้งหมดมาเป็นเอกสารแนบท้ายคำขอฯ เพิ่มเติมด้วย) <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาพร้อมคำขอฯด้วยแล้ว ดังนี้

1. รายงานประจำเดือนของวัตถุออกฤทธิ์ /ยาเสพติด (ยส.6) จนถึงวันที่ขอยกเลิกใบอนุญาต  
*ที่กลุ่มกำกับดูแลหลังออกสู่ตลาด กองควบคุมวัตถุเสพติด 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 ที่เกี่ยวข้องกับการรับรองดำเนินการสังเกตการณ์การตรวจประเมิน  
ของคณะผู้ตรวจประเมินของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ณ สถานประกอบการของข้าพเจ้าตามที่  
ได้รับการร้องขอ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลต่าง ๆ ที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ และได้รับเอกสารหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการ  
รับรองไว้เรียบร้อยแล้ว

(ลายมือชื่อ) ..... (ผู้ดำเนินกิจการ)

( )

กรณีนิติบุคคลให้เพิ่มลายมือชื่อ ..... (กรรมการผู้มีอำนาจผูกพันนิติบุคคล)

( )

..... (กรรมการผู้มีอำนาจผูกพันนิติบุคคล)

( )

#### ผลการตรวจรับ

ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
<input type="checkbox"/> เอกสารครบถ้วน/ถูกต้อง รับคำขอและเอกสารไว้เพื่อดำเนินการต่อไป <input type="checkbox"/> เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก ..... ..... <input type="checkbox"/> ให้ยื่นเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมภายในระยะเวลา 5 วันทำการ นับจากวันที่ได้รับเรื่อง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ ในการคืนคำขอ <input type="checkbox"/> คืนเอกสารคำขอ แล้วให้นำมายื่นใหม่ภายหลัง พร้อมแก้ไขให้ถูกต้อง	<input type="checkbox"/> เอกสารครบถ้วน <input type="checkbox"/> เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง คืนเอกสารคำขอ ..... ..... ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ..... วันที่...../...../.....
ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ ลงชื่อ.....	

รับทราบผลการตรวจเอกสาร วันที่...../...../.....

ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ.....

วันที่...../...../.....

**รับเอกสารทางไปรษณีย์**

ให้เจ้าหน้าที่แจ้งผู้ยื่นคำขอ โดยกำหนดยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายใน 20 วันทำการนับจากวันที่แจ้ง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ในการคืนคำขอ

( ) แจ้งทางโทรศัพท์ หมายเลข.....

ผู้รับเรื่อง.....

( ) แจ้งทางโทรสาร หมายเลข.....

( ) แจ้งทางไปรษณีย์

**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**