ที่อยู่ ............................................................

. .............................................................

 **วันที่ เดือน ปี**

เรื่อง ขออนุมัติทำลายวัตถุเสพติดที่หมดอายุ/เสื่อมสภาพ/ไม่ต่อใบอนุญาต/เลิกกิจการ

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

 ด้วยข้าพเจ้า................................................. ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินกิจการ ของ คลินิคเวชกรรม ชื่อ ........................................................................ ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย .... ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด .

( ) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรม หรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่ง

( ) ผู้รับอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท......... ใบอนุญาตเลขที่ ...............

( ) ผู้รับอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 หมวด ค ใบอนุญาตเลขที่ ...............

( ) ผู้รับอนุญาตให้มีไว้ในจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ใบอนุญาตเลขที่ ...............

( ) ผู้รับอนุญาตผลิตวัตถุออกฤทธิ์/ยาเสพติดให้โทษ ใบอนุญาตเลขที่ ...............

( ) ผู้รับอนุญาต (ประเภทอื่น ๆ) .................................................... ใบอนุญาตเลขที่ ...............

มีความประสงค์ทำลายวัตถุเสพติดที่หมดอายุ ………............…………………. lot no...................... วันผลิต ................................................... วันหมดอายุ ......................................... จำนวน ................................... ณ สถานที่......(สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด .................) ........................

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

 **ขอแสดงความนับถือ**

 **(.......................................................)**

 **ผู้รับอนุญาต**