

ที่อยู่.....

.....

วันที่.....เดือน.....ปี.....

เรื่อง ขออนุมัติทำลายวัตถุเสพติดที่หมดอายุ/เสื่อมสภาพ/ไม่ต่อใบอนุญาต/เลิกกิจการ

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

ด้วยข้าพเจ้า..... ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินกิจการ ของ คลินิกเวชกรรม

ชื่อ..... ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

( ) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรม หรือผู้ประกอบการ  
บำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่ง

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

( ) ผู้รับอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หมวด ค ใบอนุญาตเลขที่ .....

( ) ผู้รับอนุญาตให้มีไว้ในจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ใบอนุญาตเลขที่ .....

( ) ผู้รับอนุญาตผลิตวัตถุออกฤทธิ์/ยาเสพติดให้โทษ ใบอนุญาตเลขที่ .....

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

มีความประสงค์ทำลายวัตถุเสพติดที่หมดอายุ ..... lot no.....

วันผลิต ..... วันหมดอายุ ..... จำนวน .....

ณ สถานที่.....(สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด .....) .....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ผู้รับอนุญาต