

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอยกเลิกใบอนุญาต

เรียน ผู้อำนวยการกลุ่มตรวจสอบ ติดตามด้านยา วัตถุประสงค์และเครื่องมือแพทย์

เนื่องด้วยข้าพเจ้า.....

เป็นผู้รับอนุญาต..... โดยมีสถานที่ชื่อ.....

อยู่เลขที่..... ซอย..... ถนน..... หมู่.....

แขวง..... เขต..... กรุงเทพมหานคร

โทร.....

มีความประสงค์ขอยกเลิกใบอนุญาต.....

ตามใบอนุญาตเลขที่..... เนื่องจาก.....

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

.....

(ผู้รับอนุญาต)