

คำขอบอกเลิกการดำเนินการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย,นางสาว,นาง).....

☐ เพนบุคคลธรรมดา อายุ.....ปี สัญชาติ.....เลขหมายประจำตัวประชาชนเลขที่.....
 อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย ถนน ตำบล.....
 อำเภอ..... จังหวัด.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

☐ เพนนิติบุคคลประเภท.....จดทะเบียนเมื่อ.....
 มีสำนักงานอยู่เลขที่.....หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน
 ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....
 โทรสาร..... โดยมีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคลผู้อนุญาต ดังนี้

(นาย,นาง,นางสาว) อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่.....
 ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
 จังหวัด โทรศัพท์.....โทรสาร
 เป็นผู้ถือใบอนุญาต / ผู้รับมอบอำนาจจากผู้ถือใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เล่มที่.....
 เลขที่.....ปี.....ประกอบกิจการ.....
 ซึ่งเป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพประเภท.....ลำดับที่.....
 โดยใช้ชื่อสถานประกอบการว่า.....สถานที่ตั้งเลขที่.....
 หมู่ที่..... ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
 จังหวัด.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ขอแจ้งเลิกการดำเนินการดังกล่าวต่อเจ้าพนักงานท้องถิ่น เนื่องจาก.....

และได้เลิก / จะเลิกกิจการดำเนินกิจการเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....พร้อมทั้งได้แนบหลักฐาน
 ที่นำมาประกอบการพิจารณา ดังนี้

- ☐ ใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (แบบ อภ.2) เล่มที่.....เลขที่.....ปี.....
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับใบอนุญาต
- ☐ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล
- ☐ หนังสือมอบอำนาจที่ถูกต้องตามกฎหมาย พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ(กรณีผู้รับใบอนุญาตไม่สามารถมายื่นคำขอด้วยตนเองได้)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าไม่มีค่าธรรมเนียมค้างชำระจากการประกอบกิจการ ก่อนเลิกการประกอบกิจการ และ
 ข้อความที่ระบุไว้ในแบบคำขอนี้ เป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้รับใบอนุญาต

(.....)