

เขียนที่.....

.....

วันที่.....

เรื่อง ขอยกเลิกใบอนุญาต/เลขสารบบอาหาร

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ด้วย.....ผู้ได้รับใบอนุญาต คำขอรับเลขสถานที่ผลิต
อาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน (แบบ สบ.1) เลขสถานที่.....
เลขสารบบอาหาร.....
โดยมีสถานที่ผลิตชื่อ.....

มีความประสงค์ขอยกเลิกใบอนุญาต/เลขสารบบอาหารดังกล่าวเนื่องจาก.....

รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมหนังสือนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ลายมือชื่อ).....

(.....)

โทรศัพท์.....