

เลขรับที่..... วันที่..... ผู้รับคำขอ..... (สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)
--

 ย้าย

คำขอ

สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์หรือสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์

 เปลี่ยนแปลง

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า

ผู้รับอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ตามใบอนุญาตที่..... สิ้นอายุวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.....

ณ สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์ชื่อ

ตั้งอยู่เลขที่

ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

โดยมี.....เป็นผู้ดำเนินการแทนนิติบุคคล

 ขอย้าย สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์

ไปอยู่เลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

 สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์

จากเลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ไปอยู่เลขที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ขอเปลี่ยนแปลง

สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์

สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์

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

พร้อมคำขอนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วยคือ

(๑) ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์หรือใบแทนใบอนุญาต

(๒) แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานที่ขายเครื่องมือแพทย์หรือสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์แห่งใหม่และ
สิ่งปลูกสร้างที่อยู่ในบริเวณใกล้เคียง จำนวน ๒ ชุด

(๓) แผนที่ผังภายในบริเวณสถานที่ขายเครื่องมือแพทย์หรือสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์แห่งใหม่
ถูกต้องตามมาตรฐาน จำนวน ๒ ชุด

(๔) เอกสารแสดงรายละเอียดของการเปลี่ยนแปลงสถานที่ขายเครื่องมือแพทย์หรือสถานที่เก็บ
เครื่องมือแพทย์ จำนวน ๒ ชุด

(๕) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

ลายมือชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

หมายเหตุ: ให้ใส่เครื่องหมาย ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ