

# หัวกระดาษบริษัท

วันที่ .....

เรียน ผู้อำนวยการกองอาหาร

เรื่อง ขอยกเลิกเลขเสมือน

ทางบริษัท ..... นิติบุคคลเลขที่ .....

ที่ตั้ง ..... ใบอนุญาตเลขที่ .....

มีความประสงค์ขอยกเลิกเลขเสมือน ดังนี้

1. เลขเสมือน เลขที่ ..... ชื่ออาหาร .....

เนื่องจาก .....

2. เลขเสมือน เลขที่ ..... ชื่ออาหาร .....

เนื่องจาก .....

3. เลขเสมือน เลขที่ ..... ชื่ออาหาร .....

เนื่องจาก .....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณายกเลิกด้วยจะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ..... ผู้มีอำนาจลงนาม

(.....)

เบอร์โทรติดต่อ..... E-mail.....

- ลงชื่อยกเลิกโดยผู้มีอำนาจลงนามในบริษัท หรือผู้รับมอบอำนาจแจ้งยกเลิกเท่านั้น (แนบหนังสือมอบอำนาจ) กรณีมีมากกว่า 1 ท่านให้ลงชื่อร่วมทุกท่าน
- ระยะเวลาดำเนินการยกเลิก 7 วันทำการ เวลาทำการ จันทร์ –ศุกร์ 08.30 –16.30 ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์  
กรณีมีเหตุขัดข้องอาจมากกว่าเวลาที่กำหนด
- สามารถส่งเอกสารแจ้งยกเลิกได้ที่ กองอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ตึก 3 ชั้น 5 ห้อง 518 หรือทางไปรษณีย์ ที่ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กองอาหาร (ห้อง 518) 88/24 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000