

เลขรับที่.....
วันที่.....
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

ตัวอย่างการกรอก
(กรณีเป็นสถานพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัย)

ที่ปิดรูปถ่าย
ผู้ขอรับอนุญาตหรือ
ผู้ดำเนินการ
ขนาด 1 นิ้ว

คำขอรับอนุญาต
ผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษ
ในประเภท 4 หรือในประเภท 5

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

- ข้าพเจ้า.....มหาวิทยาลัยแก้วสีบ.....
(ชื่อผู้ขอรับอนุญาต)
ระบุที่อยู่มหาวิทยาลัย
อยู่เลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... โทรศัพท์.....
- ซึ่งมีผู้ดำเนินการ ชื่อ.....นายสมานธิ ปัญญาดี.....อายุ.....ปี
สัญชาติ..... อยู่เลขที่.....ระบุที่อยู่ตามทะเบียนบ้านของผู้ดำเนินการ.....
ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....
- ขอรับอนุญาตผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 หรือในประเภท 5 โดยมีสถานที่ทำการ คือ.....โรงพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยแก้วสีบ.....
(ชื่อสถานที่ผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครอง)
ระบุที่อยู่ของโรงพยาบาล
อยู่เลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... โทรศัพท์.....
พิกัด GPS.....ระบุพิกัดตามที่อยู่ของโรงพยาบาล เช่น 13.846975, 100.527532.....
- พร้อมกับคำขอขึ้นข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ
(1) หนังสือแสดงว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการของนิติบุคคลผู้ขอรับอนุญาตตาม 2. (กรณีผู้ขอรับอนุญาตเป็นนิติบุคคล)
(2) เอกสารหรือหลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)

ประทับตราสำคัญของนิติบุคคล (ถ้ามี)

ลายมือชื่อ.....สมานธิ ปัญญาดี.....ผู้ยื่นคำขอ

(นายสมานธิ ปัญญาดี)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก