



คำขอแจ้งความประสงค์ขอยุติประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมไว้เป็นการชั่วคราว

ข้าพเจ้า (ภก. / ภญ.)

อายุ ปี ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม เลขที่ ภ.

(โปรดระบุที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้)

อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/อาคาร

ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

หมายเลขโทรศัพท์ Email

มีความประสงค์ขอยุติประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมไว้เป็นการชั่วคราว เป็นระยะเวลา.....ปี
นับตั้งแต่วันที่ ๑ เดือน มกราคม พ.ศ.....ถึง วันที่ ๓๑ เดือน ธันวาคม พ.ศ.....

เนื่องจาก (โปรดระบุโดยทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ต้องการ)

- มีอายุตั้งแต่ ๗๐ ปี ขึ้นไป
- ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ในต่างประเทศ หรือมีถิ่นที่อยู่อยู่ในต่างประเทศ
- ไปศึกษาต่อ ฝึกอบรม ศึกษาน ที่มึระยะเวลาเกินกว่า ๑ ปี
- มีสภาพร่างกายหรือจิตใจที่ไม่สามารถประกอบวิชาชีพได้ตามปกติ
- ไม่ประสงค์จะประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม เพราะ.....
- เหตุอื่น (ระบุ)

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณา คือ

- สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาหลักฐานประกอบเหตุการณ์การขอยุติชั่วคราว (ถ้ามี) คือ.....
พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

ลงชื่อ..... ผู้ยื่นคำขอ

()