

หนังสือโอนสิทธิ์การเข้าใช้ระบบ E-submission ด้านอาหาร

เขียน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

เรื่อง ขออนุญาต e-submission ด้านอาหาร

ข้าพเจ้าในนามของ.....(ชื่อสถานประกอบการ)
สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ใบอนุญาตผลิตอาหาร/นำเข้า/เลขสถานที่ผลิตอาหาร ที่

แสดงความประสงค์ขอยกเลิกสิทธิ์การใช้งาน e-submission ของ
ผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....และขออนุญาตการเข้าใช้งาน e-submission
ให้กับ.....ผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....
ตั้งแต่วันที่.....เป็นต้นไป

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)