

	กรมการค้าภายใน
	สนง.พาณิชย์จังหวัด.....
	โทรสาร
	ระบบอิเล็กทรอนิกส์



แบบแจ้งความประสงค์
หยุดดำเนินการ

เฉพาะเจ้าหน้าที่		
เลขที่รับ		
วันที่		เวลา
ชื่อผู้รับ		
ตำแหน่ง		

คลังสินค้า	ไซโล	ห้องเย็น
------------	------	----------

๑. ชื่อผู้ประกอบการ

ชื่อนิติบุคคล	เลขที่ใบอนุญาต	ใบอนุญาตมีอายุสามปี	
		นับตั้งแต่วันที่	ถึงวันที่

๒. ที่ตั้งสำนักงาน

เลขที่	ซอย	ถนน	ตำบล/แขวง	อำเภอ/เขต	จังหวัด	โทรศัพท์

๓. เหตุผลและความจำเป็นที่หยุดดำเนินการติดต่อกันเกินกว่าหนึ่งร้อยแปดสิบวัน

--

๔. ระยะเวลาที่ประสงค์จะหยุดดำเนินการ

--

๕. เอกสารหรือหลักฐาน

	สำเนาใบอนุญาตประกอบการ
	เอกสารประกอบการ (ถ้ามี) (โปรดระบุ)

๖. คำรับรอง

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ	
ประทับตรานิติบุคคล (ถ้ามี)	ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจลงนามผูกพันนิติบุคคล (.....)
	ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจลงนามผูกพันนิติบุคคล (.....)
	ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจลงนามผูกพันนิติบุคคล (.....)
	/...../.....

หมายเหตุ : กรณีที่ช่องว่างสำหรับการกรอกข้อมูลไม่พอ ให้ใช้แผ่นแนบ