

กรมการค้าภายใน
สนง.พาณิชย์จังหวัด.....
โทรสาร
ระบบอิเล็กทรอนิกส์



เฉพาะเจ้าหน้าที่	
เลขที่รับ	
วันที่	เวลา
ชื่อผู้รับ	
ตำแหน่ง	

แบบแจ้งความประสงค์ไม่ดำเนินกิจการ

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

๑. ชื่อผู้ประกอบการ

ชื่อนิติบุคคล	เลขที่ใบอนุญาต	ใบอนุญาตมีอายุสามปี	
		นับตั้งแต่วันที่	ถึงวันที่

๒. ที่ตั้งสำนักงาน

เลขที่	ซอย	ถนน	ตำบล/แขวง	อำเภอ/เขต	จังหวัด	โทรศัพท์

๓. เหตุผลและความจำเป็นในการไม่ดำเนินกิจการภายในเก้าสิบวันนับแต่วันได้รับใบอนุญาต

๔. ระยะเวลาที่ประสงค์จะไม่ดำเนินกิจการ

๕. เอกสารหรือหลักฐาน

	สำเนาใบอนุญาตประกอบการ
	เอกสารประกอบการ (ถ้ามี) (โปรดระบุ)

๖. คำรับรอง

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ประทับตรานิติบุคคล
(ถ้ามี)

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจลงนามผูกพันนิติบุคคล
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจลงนามผูกพันนิติบุคคล
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจลงนามผูกพันนิติบุคคล
(.....)
...../...../.....

หมายเหตุ : กรณีที่ช่องว่างสำหรับการกรอกข้อมูลไม่พอ ให้ใช้แผ่นแนบ