

เลขรับที่.....
วันที่.....
ผู้รับคำขอ.....

แบบแจ้งความประสงค์
ขอให้ตรวจประเมินสถานที่ผลิต/นำเข้า/เก็บเครื่องสำอาง

เขียนที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเชิญเจ้าหน้าที่ตรวจประเมินสถานที่ผลิต/นำเข้าเครื่องสำอาง

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

ด้วยข้าพเจ้า.....เจ้าของกิจการ/ผู้ดำเนินกิจการ
ของ สถานประกอบการชื่อ.....
โดยมีสถานที่ผลิต/สถานที่นำเข้า/สถานที่เก็บเครื่องสำอาง ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัดนครราชสีมา รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....e-mail.....

บัดนี้ข้าพเจ้าได้จัดเตรียมสถานที่ดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว พร้อมรับการตรวจประเมินจากเจ้าหน้าที่
เพื่อขอรับเลขสถานที่ ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)