**เฉพาะเจ้าหน้าที่ (For official use only)**

เลขที่รับคำขอ : วันที่รับคำขอ : ชื่อผู้รับคำขอ :

Application No. Application date Receiving officer

รหัสผู้รับใบอนุญาต (Licensee ID) :

ชื่อผู้รับใบอนุญาต (Licensee’s name) :

**มีความประสงค์ขอยกเลิกการมีไว้ในครอบครองหรือใช้เครื่องกำเนิดรังสี รายละเอียดดังนี้ (Intend to cancel having in possession or use radiation generator as details as follows:)**

1. ใบอนุญาตเลขที่ (License No.) : ลงวันที่ (Dated) :
2. สาเหตุที่ขอยกเลิก (Cause/reason of cancellation)

🞎 ส่งออกไปนอกราชอาณาจักร (Exported out of Thailand)

🞎 จำหน่ายหรือโอนให้ผู้รับใบอนุญาตรายอื่น (Distributed or transferred to the other licensee)

🞎 จัดการเป็นขยะอิเล็กทรอนิกส์หรือซากผลิตภัณฑ์ (Managed as electronics or product waste)

🞎 เครื่องกำเนิดรังสีชำรุด หรือไม่สามารถใช้งานได้ (Defective or disused)

🞎 อื่น ๆ โปรดระบุ (Others, please specify) :

1. เอกสารหลักฐานประกอบการพิจารณา (Supporting document(s) or evidence(s))

🞎 ใบอนุญาตฉบับจริง (Original Having in Possession or Use Radiation Generator License)

🞎 เอกสารและหลักฐานประกอบการขอยกเลิก ตามข้อ 2 (Supporting document(s) and evidence(s) as of cause or reason for cancellation specified in 2.)

**ทั้งน**ี้ **ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความในคำขอยกเลิกการมีไว้ในครอบครองหรือใช้เครื่องกำเนิดรังสีฉบับนี้เป็นความจริงและถูกต้องครบถ้วนทุกประการ (I hereby declare that the information provided in this application is true and accurate to the best of my knowledge.)**

|  |  |
| --- | --- |
| ลายมือชื่อ (Signature)…………………………………………………………  ชื่อผู้ยื่นคำขอ (Applicant’s name) (…………………………....……..) | ลายมือชื่อ (Signature)………………….………………………………………  ชื่อผู้ยื่นคำขอ (Applicant’s name) (...............………………………) |

.................../......................../....................

วันที่ยื่นคำขอ (Application submission date)

***หมายเหตุ :*** *กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นกระทำการแทน ต้องแนบหนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาหลักฐานแสดงตนของผู้มอบอำนาจ   
(In case of giving an authority to another to act on your behalf, a power of attorney must be submitted with a copy of the principal’s identification.)*

ผู้ประสานงาน (Point of Contact)..................................................... หมายเลขโทรศัพท์ (Phone No.)…......................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **เฉพาะเจ้าหน้าที่ (For official use only)** | | | |
| **ผลการตรวจสอบคำขอและเอกสารหรือหลักฐาน**  🞎 ครบถ้วนถูกต้อง  🞎 ไม่ครบถ้วนถูกต้อง ขอให้ดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารหรือหลักฐานเพิ่มเติม ภายในวันที่ | | | ชื่อเจ้าหน้าที่  วันที่ |
| การแก้ไขหรือยื่นเอกสารหรือหลักฐานเพิ่มเติม  🞎 แก้ไข/ยื่นเอกสารหรือหลักฐานเพิ่มเติมแล้ว เมื่อวันที่  🞎 ไม่แก้ไข/ยื่นเอกสารหรือหลักฐานเพิ่มเติมภายในกำหนด | | | ชื่อเจ้าหน้าที่ |
| 🞎 ยกเลิกการมีไว้ในครอบครองหรือใช้ และออกหนังสือแจ้งยกเลิก  เลขที่.........................เมื่อวันที่.................... | 🞎 ด้วยตนเอง 🞎 ทางไปรษณีย์  ชื่อเจ้าหน้าที่  วันที่ | 🞎 ได้รับหนังสือแล้ว 🞎 ได้รับคำขอคืนแล้ว  ชื่อผู้ยื่นคำขอ  วันที่ | |
| 🞎 คืนคำขอ |