**เฉพาะเจ้าหน้าที่ (For official use only)**

เลขที่รับคำขอ : วันที่รับคำขอ : ชื่อผู้รับคำขอ :

Application No. Date received Receiving official’s name

รหัสผู้รับใบอนุญาต (Licensee ID) :

ชื่อผู้รับใบอนุญาต (Licensee’s name) :

**มีความประสงค์ขอยกเลิกการมีไว้ในครอบครองหรือใช้วัสดุนิวเคลียร์ รายละเอียดดังนี้ (Request for the cancellation of possession or use of nuclear material as follows:)**

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

 🞎 ส่งออกไปนอกราชอาณาจักร (Export to another country)

 🞎 จำหน่ายหรือโอนให้ผู้รับใบอนุญาตรายอื่น (Distribute or transfer to the other licensee)

 🞎 อื่นๆ โปรดระบุ (Others, please specify) :

1. เอกสารหลักฐานประกอบการพิจารณา (Supporting documents)

 🞎 ใบอนุญาตฉบับจริง (Possession or use license of nuclear material)

 🞎 เอกสารและหลักฐานประกอบการขอยกเลิก ตามข้อ 2 (Supporting documents and evidences for cancellation request under number 2)

**ทั้งน**ี้ **ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความในคำขอยกเลิกการมีไว้ในครอบครองหรือใช้วัสดุนิวเคลียร์ ฉบับนี้เป็นความจริงและถูกต้องครบถ้วนทุกประการ (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 (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 (Contact person)..................................................... 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 |