

เลขรับที่.....
ลงวันที่.....
ผู้รับ.....
สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก

คำขอความเห็นในการใช้ฉลากเครื่องสำอาง

เขียนที่.....

วันที่...เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....เจ้าของกิจการ/ผู้มีอำนาจทำการแทน
 ของ.....สถานที่ [] ผลิต [] นำเข้า
 ตั้งอยู่เลขที่.....ต.รอก/ซอย.....ถนน.....
 หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

มีความประสงค์จะขอให้เลขราชการฯ ให้ความเห็นเกี่ยวกับฉลากเครื่องสำอาง
 ตามมาตรา 5(6) แห่งพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2535 โดยข้าพเจ้าได้ชำระค่าป่วยการในการให้
 ความเห็นแล้ว เป็นเงิน.....บาท (.....)

พร้อมกับคำขอนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาเพื่อประกอบการพิจารณาด้วย คือ

1. ฉลากของเครื่องสำอาง ชื่อ

ซึ่งเป็นเครื่องสำอางที่มีการควบคุมฉลากตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2535)
 เรื่อง กำหนดชื่อ ประเภท ชนิด หรือลักษณะของเครื่องสำอางที่มีการควบคุมฉลาก ลงวันที่ 25 กันยายน พ.ศ.
 2535 จำนวน 7 ชุด

2. หลักฐานแสดงการเป็นเจ้าของหรือผู้มีอำนาจทำการแทน จำนวน 1 ชุด
3. หลักฐานสนับสนุนข้อความตามฉลาก (ถ้ามี) จำนวน 7 ชุด

ลงลายมือชื่อ.....ผู้ขอ
 (.....)