

อบจ. 01-3	องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร คำขอย้ายสถานการค้า เลิก หรือ โอนกิจการ	สำหรับเจ้าพนักงาน ทะเบียนรับเลขที่ วัน เดือน ปี ที่รับ เจ้าพนักงานผู้รับ
เรียน นายกององค์การบริหารส่วนจังหวัด มุกดาหาร		
ชื่อผู้ประกอบการ ชื่อสถานการค้า เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร ทะเบียนการค้าเลขที่ ที่อยู่/ที่ตั้งเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... มีความประสงค์ : ☐ ขอย้ายสถานการค้า ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ. เนื่องจาก..... ☐ ขอโอนกิจการ ให้แก่ ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ. เนื่องจาก..... ☐ ขอเลิกกิจการ ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ. เป็นต้นไป เนื่องจาก..... ในวันขอย้ายสถานการค้า เลิก หรือ โอนกิจการ มีภาษีค้างชำระ จำนวน บาท ลงชื่อ ผู้ประกอบการ (.....) วันที่		