

**แบบตรวจสอบเอกสารคำขอใบอนุญาต : บุคคลธรรมดา**

แบบตรวจสอบเอกสารคำขออนุญาต (ขอใหม่) (แบบเอกสารตั้งแต่ข้อ 1.5 เป็นต้นไป) **วันยื่นคำขอ\*\*** กำหนดให้แสดงตัวพร้อมกัน คือ 1. ผู้ยื่นคำขออนุญาตใหม่/ผู้รับมอบอำนาจ 2. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

แบบตรวจสอบเอกสารคำขอเปลี่ยนผู้รับอนุญาต (แบบเอกสารตั้งแต่ข้อ 1.1 เป็นต้นไป) **วันยื่นคำขอ\*\*** กำหนดให้แสดงตัวพร้อมกัน คือ 1. ผู้รับอนุญาตเดิม 2. ผู้ยื่นคำขออนุญาตใหม่/ผู้รับมอบอำนาจ 3. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ชื่อ-สกุลผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ..... โทรศัพท์มือถือ.....E-mail..... ชื่อสถานที่ขาย/ผลิต/นำส่ง..... เลขที่ใบอนุญาตขาย/ผลิต/นำส่ง .....	*เจ้าหน้าที่รับเอกสารเมื่อครบถ้วนและถูกต้อง* โปรดอ่านเอกสารนี้และเตรียมเอกสาร เรียงลำดับตามรายการ พร้อมทั้งทำเครื่องหมาย ในช่อง ผู้ยื่นคำขอตรวจสอบ* (มายื่นเรื่องฯ ที่ อย. เท่านั้น ไม่รับยื่นทางไปรษณีย์)
--	--

**แบบฟอร์มที่ต้องใช้**ตามกำหนดของกองยา คือ แบบคำขอทุกประเภท/ คำขอฯ/ คำรับรองฯ/ หนังสือมอบอำนาจกระทำการแทน/ หนังสือมอบอำนาจ แต่งตั้งผู้ดำเนินกิจการ สอบถามเพิ่มเติมที่ **0 2590 7200** ห้อง 319 งานใบอนุญาต กองยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

**\*\*ดาวน์โหลด** แบบฟอร์มเอกสาร/ ฟอร์มรูปถ่าย/ แผนที่/ แผนผัง ได้ที่เว็บไซต์กองยา →→→ ข้อมูล →→→ การบริการอนุญาตและคู่มือ →→→  
 แบบฟอร์ม/ คำแนะนำการขออนุญาตสถานที่ประกอบกิจการด้านยา →→→ เลือกข้อตามประเภทใบอนุญาต  
<http://www.fda.moph.go.th/sites/drug/SitePages/ApprovalDrugFormPage.aspx>

- **ขอให้ผู้ยื่นคำขอ จัดเรียงเอกสารตามบัญชีรายการเอกสารด้านล่าง และตรวจสอบด้วยตนเอง พร้อมทั้งทำเครื่องหมาย**  
 ✓ กรณีถูกต้องครบถ้วนตามข้อกำหนด หรือทำเครื่องหมาย ✗ กรณีไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วนตามข้อกำหนด หรือเครื่องหมาย — กรณีไม่จำเป็นต้องมี
- **ให้ระบุวันที่** ในเอกสารที่มีให้กรอกวันที่ทุกจุด เช่น คำขอฯ/ คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ/ สัญญาฯ

ลำดับ ที่	รายการตรวจสอบเอกสาร (บุคคลธรรมดา)	ผู้ยื่นคำขอ ตรวจสอบ*	เจ้าหน้าที่ ตรวจสอบ	บันทึกข้อบกพร่อง
<b>1. เอกสารที่ผู้ขออนุญาตต้องเตรียม</b>				
1.1	แบบคำขอเปลี่ยนผู้รับอนุญาต			
1.2	สำเนาบัตรประชาชน (เจ้าของเดิม) เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
1.3	สำเนาทะเบียนบ้าน (เจ้าของเดิม) เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
1.4	ใบอนุญาต (ฉบับจริงที่ต่ออายุล่าสุด)			
1.5	แบบคำขออนุญาต (ตามประเภท) กรณีเปลี่ยนผู้รับอนุญาต เจ้าของใหม่เป็นผู้ขออนุญาต* <b>(เปลี่ยนผู้รับอนุญาต สิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลงให้แจ้งในแบบคำขอนี้)</b> กรณีสถานที่เก็บยามีที่ตั้งอยู่ต่างจังหวัด ต้องยื่นเอกสารทุกรายการทั้งหมด 2 ชุด			
1.6	รูปถ่ายของผู้รับอนุญาต (เจ้าของใหม่/ ผู้ขออนุญาต) ขนาด 3x4 ซม. จำนวน 3 รูป (หน้าตรง ผมไม่ปิดหน้า ไม่ยิ้ม ไม่สวมแว่นตาดำและหมวก พื้นหลัง (Background) สีเรียบ) ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน ในวันที่ยื่นคำขอ****			
1.7	สำเนาบัตรประชาชน (เจ้าของใหม่/ ผู้ขออนุญาต) เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
1.8	สำเนาทะเบียนบ้าน (เจ้าของใหม่/ ผู้ขออนุญาต) เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
1.9	สำเนาหนังสือขออนุญาตทำงานที่ออกโดยกระทรวงแรงงาน และหนังสือเดินทาง (กรณีบุคคลต่างด้าว) เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			

ลำดับ ที่	รายการตรวจสอบเอกสาร (บุคคลธรรมดา)	ผู้ยื่นคำขอ ตรวจสอบ*	เจ้าหน้าที่ ตรวจสอบ	บันทึกข้อบกพร่อง
1.10	ใบรับรองแพทย์ตัวจริง (หากไม่มีระบุกำหนดให้ใช้ได้ 1 เดือน ***จะสามารถใช้ได้ไม่เกิน 3 เดือน นับจากวันที่ ระบุในใบรับรองแพทย์) พร้อมระบุ 5 โรคต้องห้ามเป็น ของผู้รับอนุญาตเกี่ยวกับยา ดังต่อไปนี้ (1) โรคเรื้อน (2) วัณโรคในระยะอันตราย (3) โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม (4) โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง (5) โรคพิษสุราเรื้อรัง			
1.11	หลักฐานทรัพย์ (สำเนาสมุดบัญชีฝากเดบิตล่าสุด) หรือหนังสือรับรองจากธนาคาร จำนวนเงินตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป/ สำเนาโฉนดที่ดินไม่ติดภาระผูกพัน			
1.12	สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ที่ขออนุญาต เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
1.13	<b>เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานที่ (ของที่ตั้งตามทะเบียนบ้านในข้อ 1.12) แนบอย่างใดอย่างหนึ่ง**</b> 1. ผู้ขออนุญาต/ ผู้ให้เช่า/ ผู้ยินยอมให้ใช้สถานที่ มีชื่อเป็นเจ้าของบ้านในทะเบียนบ้านหรือ เป็นผู้ยื่นขอทะเบียนบ้าน 2. ผู้ขออนุญาต/ ผู้ให้เช่า/ ผู้ยินยอมให้ใช้สถานที่ มีชื่อเป็นผู้ซื้อในสำเนาสัญญาซื้อขาย สิ่งปลูกสร้างฯ ที่ระบุเลขที่ตั้งตรงกับทะเบียนบ้าน 3. ผู้ขออนุญาต/ ผู้ให้เช่า/ ผู้ยินยอมให้ใช้สถานที่มีชื่อเป็นผู้ชำระค่าใช้จ่ายในใบเสร็จที่ระบุ ที่ตั้งสถานที่ที่ขออนุญาต เช่น ใบเสร็จชำระค่าน้ำ/ ค่าไฟฟ้า ฯลฯ			
1.14	<b>กรณีเช่าสถานที่ (ของที่ตั้งตามทะเบียนบ้านในข้อ 1.12) แนบทุกข้อ</b> 1. สำเนาสัญญาเช่า 1 ฉบับ (ระบุที่อยู่ของสถานที่ที่ให้เช่าครบถ้วนชัดเจนในสัญญาเช่า) เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง (เช่นจริงโดยผู้ยื่นขออนุญาต) 2. สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานที่ขายของผู้ให้เช่า อย่างใดอย่างหนึ่งในข้อ 1.13 เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง (เช่นจริงโดยผู้ให้เช่า****) 3. สำเนาบัตรประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้ให้เช่า เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง (เช่นจริง โดยผู้ให้เช่า****) 4. กรณีบริษัทเป็นผู้ให้เช่า ให้ยื่นสำเนาหนังสือรับรองบริษัทที่ออกมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน ของบริษัทผู้ให้เช่า ที่มีระบุที่ตั้งตรงกับทะเบียนบ้าน (เช่นรับรองสำเนาทุกหน้า โดย กรรมการฯ *จำนวนและประทับตราบริษัท ตามเงื่อนไขของหนังสือรับรองบริษัทนั้น )			
1.15	<b>กรณีผู้อื่นยินยอมให้ใช้สถานที่ (ของที่ตั้งตามทะเบียนบ้านในข้อ 1.12) แนบทุกข้อ*** (ยินยอมได้ในกรณีความสัมพันธ์เป็น สามี/ ภรรยา/ บิดา/ มารดา/ บุตร เท่านั้น)</b> 1. หนังสือหนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่ฉบับจริง ลงนามโดยผู้มีกรรมสิทธิ์*ยินยอมให้ใช้สถานที่ 2. เอกสารแสดงรายชื่อผู้มีกรรมสิทธิ์ ในข้อ 1 (ให้ยื่นเอกสารอย่างใดอย่างหนึ่งในข้อ 1.13) 3. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ที่มีกรรมสิทธิ์ ในข้อ 1 เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง (เช่นจริง) 4. สำเนาเอกสารแสดงความสัมพันธ์การเป็น สามี/ ภรรยา/ บิดา/ มารดา/ บุตร			
1.16	หนังสือมอบอำนาจกระทำการแทนผู้ขออนุญาต พร้อมติดอากรแสตมป์ 10 บาท (กรณีไม่สามารถติดต่อด้วยตนเอง)			
1.17	สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ ในข้อ 1.16 เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			

ลำดับ ที่	รายการตรวจสอบเอกสาร (บุคคลธรรมดา)	ผู้ยื่นคำขอ ตรวจสอบ*	เจ้าหน้าที่ ตรวจสอบ	บันทึกข้อบกพร่อง
<b>2. เอกสารที่ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องเตรียม</b>				
2.1	คำรับรองผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (ตามประเภท) ต้องมารับรองต่อหน้าเจ้าหน้าที่			
2.2	คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน (ให้หัวหน้าหน่วยงานเป็นผู้รับรองและต้องประทับตราหน่วยงานด้วยจึงจะถือว่าสมบูรณ์) *** (กรณีใบอนุญาตขายยา ข.ย. 1/ ข.ย. 3/ ข.ย. 4) *** ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด (แบบ ข.ย. 14 หน้า 3)			
2.3	สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ จำนวน 3 ชุด (ถ้าผู้ขออนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเป็นบุคคลเดียวกัน ไม่ต้องยื่นเอกสารนี้)			
2.4	ใบรับรองแพทย์ตัวจริง (หากไม่มีระบุกำหนดให้ใช้ได้ 1 เดือน ***จะสามารถใช้ได้ไม่เกิน 3 เดือน นับจากวันที่ ระบุในใบรับรองแพทย์) พร้อมระบุ 5 โรคต้องห้ามเป็น ของผู้รับอนุญาตเกี่ยวกับยา ดังต่อไปนี้ (1) โรคเรื้อน (2) วัณโรคในระยะอันตราย (3) โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม (4) โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง (5) โรคพิษสุราเรื้อรัง			
2.5	สำเนาใบประกอบโรคศิลปะหรือสำเนาใบประกอบวิชาชีพ (เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง)			
2.6	สำเนาหนังสือรับรองการอบรมการประชุมเชิงปฏิบัติการหรือสำเนาใบเสร็จรับเงินเข้าร่วม การอบรมสำหรับร้านยา ข.ย. 1 (เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง) **ติดต่อสมัครที่สภาเภสัชกรรม			
2.7	สำเนาผลการค้นหา รายชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม จากเว็บไซต์สภาเภสัชกรรม ( <a href="http://www.pharmacycouncil.org/index.php">http://www.pharmacycouncil.org/index.php</a> ) (เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง)			
2.8	สำเนาบัตรประชาชน (เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง)			
2.9	สำเนาทะเบียนบ้าน (เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง)			
<b>3. เอกสารอื่น ๆ</b>				
3.	รูปถ่าย แขนที่ แขนฝั่ง ของสถานที่ที่ขออนุญาต โดยระบุรายละเอียดที่อยู่ และผู้ขอ อนุญาตเช่นรับรองทุกหน้า จำนวน 1 ชุด (ใช้แบบฟอร์มรูปถ่ายของแต่ละประเภท ใบอนุญาตให้ถูกต้อง) **รูปถ่ายขนาด 4x6 นิ้ว อัดกระดาษโฟโต้จากร้านอัดรูปเท่านั้น และให้ติดรูปบน แบบฟอร์มรูปถ่ายของแต่ละประเภทใบอนุญาตให้ถูกต้อง <b>กรณีขอใบอนุญาตผลิต</b> ต้องแนบ 1. สำเนาแบบแปลนที่ได้รับการอนุมัติแล้ว เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง <u>และ</u> 2. สำเนาบันทกผลการตรวจสอบสถานที่ที่ระบุว่าเหมาะสมและไม่พบข้อบกพร่อง (เช่นรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้ขออนุญาต** ทุกหน้าในเอกสารทั้ง 2 รายการ)			

\*\*\*\*\* เอกสารในลำดับที่ 2.5 – 2.9 ให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการลงนามรับรองสำเนาถูกต้องทุกแผ่น \*\*\*\*\*

- ค่าธรรมเนียมใบอนุญาต(ตามประเภท) ชำระเงินในวันที่รับใบอนุญาต
  - ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน ๒,๐๐๐ บาท
  - ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จ ๑,๐๐๐ บาท
- ค่าพิจารณาคำขออนุญาตขายยาตามประเภทชำระเงินในวันที่ยื่นคำขอ  
(เอกสารครบถ้วน) จำนวน ๕๐๐ บาท

สำหรับผู้ยื่นคำขอ	สำหรับ เจ้าหน้าที่	ออกใบรับคำขอเลขที่.....
<p><b>ครั้งที่ 1 (ยื่นคำขอครั้งแรก)</b></p> <p>ลงชื่อ.....(ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ) (.....) วันที่.....</p> <p>รับทราบข้อบกพร่อง และจะแก้ไขให้แล้วเสร็จภายใน.....วันทำการ นับแต่วันถัดจากวันที่รับคำขอ (ถ้ามี)</p> <p>ลงชื่อ.....(ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ) (.....) วันที่.....</p>		<p><b>ครั้งที่ 1 (ยื่นคำขอครั้งแรก)</b></p> <p><input type="checkbox"/> รับคำขอเพราะเอกสารครบถ้วนถูกต้อง</p> <p><input type="checkbox"/> รับคำขอแต่มีเงื่อนไข เพราะเอกสารไม่ครบถ้วนถูกต้องพบข้อบกพร่อง ตามที่ระบุไว้ข้างต้น ต้องแก้ไขให้แล้วเสร็จภายใน.....วันทำการ นับแต่วัน ถัดจากวันที่รับคำขอ หากพ้นกำหนดจะยกเลิกและส่งคืนคำขอต่อไป (ให้ผู้ยื่นคำขอลงนามรับทราบและรับสำเนาบันทึกข้อบกพร่อง)</p> <p>ลงชื่อเจ้าหน้าที่ตรวจสอบเบื้องต้น..... (.....) วันที่.....</p> <p>ลงชื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ผู้พิจารณา..... (.....) วันที่.....</p>
<p><b>ครั้งที่ 2 (การแก้ไขข้อบกพร่อง)</b></p> <p>ข้าพเจ้าได้ยื่นเอกสารการแก้ไขข้อบกพร่อง ไว้จำนวน.....รายการ ตามที่ระบุในบันทึกข้อบกพร่อง</p> <p>ลงชื่อ.....(ผู้ยื่นเอกสารแก้ไขข้อบกพร่อง/ (.....) ผู้รับมอบอำนาจ) วันที่.....</p>		<p><b>ครั้งที่ 2 (การแก้ไขข้อบกพร่อง)</b></p> <p><input type="checkbox"/> แก้ไขข้อบกพร่องครบถ้วน</p> <p>ลงชื่อเจ้าหน้าที่เจ้าของเรื่อง..... (.....) วันที่.....</p> <p><input type="checkbox"/> ขอส่งคืนคำขอและเอกสารประกอบทั้งหมด เนื่องจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ไม่มาแก้ไขข้อบกพร่องภายในระยะเวลาที่กำหนด</li> <li><input type="checkbox"/> การแก้ไขข้อบกพร่องไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง</li> </ul>
<p><b>รับคืนคำขอ</b></p> <p>ลงชื่อ.....(ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ) (.....) วันที่.....</p>		<p>ท่านมีสิทธิ์ยื่นคำขอใหม่ โดยจัดเตรียมเอกสารให้ถูกต้องครบถ้วนและสอดคล้อง ตามกฎหมาย หรือจะอุทธรณ์การคืนคำขอครั้งนี้ก็ได้ โดยให้ยื่นคำอุทธรณ์เป็น หนังสือต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ภายใน 15 วันทำการ นับแต่ วันที่ได้รับแจ้ง</p> <p style="text-align: center;">จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ</p> <p>ลงชื่อเจ้าหน้าที่เจ้าของเรื่อง..... (.....) วันที่.....</p>

ที่ปิดรูปถ่าย  
ผู้รับอนุญาต  
ขนาด ๓ x ๔ ซม.

เลขรับที่ .....  
วันที่ .....  
ลงชื่อ ..... ผู้ยื่นคำขอ

### คำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

(ชื่อผู้ขออนุญาต)

มีผู้ดำเนินกิจการ ชื่อ..... (เฉพาะกรณีนิติบุคคล)

เลขที่บัตรประชาชน                อายุ.....ปี สัญชาติ.....

อยู่เลขที่.....ตรอก / ซอย.....ถนน.....

หมู่ที่.....ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail .....

ขอรับใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันโดยมีสถานที่ขายยาชื่อ.....

อยู่เลขที่.....ตรอก / ซอย.....ถนน.....

หมู่ที่.....ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

พิกัดสถานที่ .....

ลักษณะการประกอบการ <sup>(๑)</sup>

- ขายปลีก  
 ขายส่ง  
 ปริญญาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย (เฉพาะขายปลีกเท่านั้น)

<sup>(๑)</sup> ให้ตอบมากกว่า ๑ ข้อ ในกรณีมีลักษณะการประกอบการมากกว่าหนึ่งลักษณะโดยการตอบจะมีผลต่อการประเมินความพร้อมของสถานที่อุปกรณ์ และการดำเนินการตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน เพื่อประกอบการอนุญาต

โดยมีเกสัชกรชั้น ..... ชื่อ .....

เลขที่บัตรประชาชน

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมเลขที่ .....

(ถ้ามีมากกว่าหนึ่งคนให้แจ้งเพิ่มเติมท้ายคำขอนี้จนครบ)

เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา ๓๙ หรือมาตรา ๔๐ แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

เวลาทำการ (เวลาปฏิบัติการ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ) .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าในระยะเวลาสองปีก่อนยื่นคำขอนี้ ข้าพเจ้าไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งที่ขอด้วยกฎหมายให้จำคุกในความผิดที่กฎหมายบัญญัติ ให้ถือเอาการกระทำโดยทุจริตเป็นองค์ประกอบหรือในความผิดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ กฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท กฎหมายว่าด้วยการขายยาหรือพระราชบัญญัตินี้

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

- (๑) รูปถ่ายของผู้ขออนุญาต ขนาด ๓ x ๔ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป
- (๒) เอกสารแสดงการเป็นเจ้าของกิจการและหลักทรัพย์
- (๓) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต (กรณีบุคคลธรรมดาเป็นผู้ขออนุญาต) หรือ ผู้ดำเนินกิจการ (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)
- (๔) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับรองว่าผู้ขออนุญาตไม่เป็นโรคตามมาตรา ๑๔ (๖) แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐
- (๕) สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและเกสัชกร ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต
- (๖) สำเนาหรือรูปถ่ายใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมของเกสัชกรทุกคน ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต
- (๗) เอกสารแสดงว่าเป็นผู้ดำเนินกิจการ (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)
- (๘) เอกสารอื่น ๆ ถ้าจำเป็น

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ขออนุญาต

(.....) ..... ตัวบรรจง)

คำรับรองของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน  
เกี่ยวกับการจัดให้มีเภสัชกรมาอยู่ปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาที่เปิดทำการ

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

เป็นผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันชื่อ.....

ตั้งอยู่ ณ เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... ตรอก/ซอย.....

หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจในหน้าที่ความรับผิดชอบ ของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ในการจัดให้มีเภสัชกรอยู่ปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาทำการ และหากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามที่กฎหมายกำหนด ข้าพเจ้าต้องรับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด รวมถึงอาจไม่สามารถต่ออายุใบอนุญาตได้ ตามเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวงว่าด้วยการขออนุญาต และการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2556

ข้าพเจ้าอ่านและเข้าใจถ้อยคำดังกล่าวทั้งหมด จึงลงลายมือชื่อเป็นสำคัญ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้รับอนุญาต

## คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

เขียนที่ .....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....

เลขที่บัตรประชาชน 

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... ตรอก / ซอย..... ถนน.....

หมู่ที่.....ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

โทรศัพท์มือถือ.....E mail .....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... ตรอก / ซอย..... ถนน.....

หมู่ที่.....ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

โทรศัพท์มือถือ.....E mail .....

ขอให้คำรับรองต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ว่า

 ผู้ประกอบวิชาชีพ.....(๑) ข้าพเจ้าเป็น  ผู้สำเร็จหลักสูตรการอบรมตามมาตรา ๔๘ แห่งพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๒๒

(เฉพาะสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ)

ใบประกอบวิชาชีพ / หนังสือรับรอง เลขที่ .....

ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... วันหมดอายุ (ถ้ามี).....

(๒) ข้าพเจ้าไม่อยู่ระหว่างการพักใช้ใบประกอบวิชาชีพ

(๓) ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขณะนี้ข้าพเจ้ามิได้เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแห่งใด

(๔) ขณะนี้ข้าพเจ้า  ไม่ได้รับราชการหรือทำงานอยู่แห่งใด รับราชการหรือทำงานอยู่ที่ .....

เวลาราชการ / เวลาทำงาน.....

(๕) ข้าพเจ้าจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำ ณ สถานที่ขายยาชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่..... ตรอก / ซอย..... ถนน.....

หมู่ที่.....ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

เวลาปฏิบัติการ.....

(๖) ข้าพเจ้ารับทราบและจะปฏิบัติตามหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่กำหนดไว้ ตลอดระยะเวลาที่ข้าพเจ้าเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่แห่งนี้โดยเคร่งครัด

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

(๑) สำเนาทะเบียนบ้าน

(๒) สำเนาบัตรประชาชน

(๓) คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน พร้อมตราประทับในกรณีรับราชการหรือทำงาน (ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาคำหนด)

(๔) เอกสารอื่น ๆ (ถ้าจำเป็น)

ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

กรณีการขอใบอนุญาตใหม่ ให้ทำคำรับรองนี้ต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ให้คำรับรอง

(ลายมือชื่อ)..... พนักงานเจ้าหน้าที่



**สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ**  
**ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สัญญาระหว่าง.....ในนามของ.....

เลขที่..... ตระก/ชอย..... ถนน..... หมู่.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “ผู้รับอนุญาต” ฝ่ายหนึ่งกับ.....

( ) การบำบัดโรคสัตว์

ผู้ประกอบ ( ) โรคศิลปะ แผน.....สาขา.....

( ) วิชาชีพ.....

ชั้น..... ใบอนุญาตเลขที่..... ซึ่งต่อไปในสัญญาเรียกว่า “ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ”

อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำสัญญานี้เพื่อปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ร่วมกันโดยมีข้อความดังต่อไปนี้

1. ผู้รับอนุญาตยินยอมและตกลงให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเข้าปฏิบัติหน้าที่ ณ.....  
ของผู้รับอนุญาตเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ตั้งแต่ที่ทำสัญญาเป็นต้นไป

2. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติยินยอมรับปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ในหน้าที่ที่กำหนดไว้ตามข้อ 1  
ของสัญญานี้ทุกประการ

3. ผู้รับอนุญาตยินยอมจ่ายค่าเงินทดแทนเป็นรายเดือนให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เดือนละ.....บาท  
(.....) ภายในสิ้นเดือนปฏิทินทุก ๆ เดือน

4. หนังสือสัญญานี้มีอายุสัญญา จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.....

5. หากคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดบอกเลิกสัญญานี้ก่อนครบกำหนดตามข้อ 4 ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้  
อีกฝ่ายหนึ่งทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า.....วัน และต้องแจ้งให้กองยาทราบตามกฎหมายด้วย

6. หากต้องการแก้ไขเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทำอยู่ เพื่อให้การ  
ปฏิบัติการได้เป็นไปโดยถูกต้องตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และกฎกระทรวงซึ่งออกตามความใน  
พระราชบัญญัติยาดังกล่าว ผู้รับอนุญาตยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกประการ

7. ภาษีเงินได้ที่จะต้องเสียตามกฎหมาย ผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตกลงกันว่า.....

.....เป็นผู้เสีย

8. หากปรากฏว่าคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไม่ปฏิบัติตามสัญญานี้แม้แต่ข้อหนึ่งข้อใด สัญญานี้เป็นอันเลิกกันทันที โดยคู่สัญญาไม่ต้องปฏิบัติตามข้อ 5 และคู่สัญญาจะฟ้องเรียกค่าเสียหายได้ตามกฎหมายหากมีการฟ้องร้องกันขึ้น ทั้งสองฝ่ายตกลงกันว่าฝ่ายที่ผิดสัญญาต้องเป็นผู้ชดใช้ค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้อง เช่น ค่าทนาย ค่าธรรมเนียมศาล หรืออื่น ๆ

9. สัญญานี้ทำขึ้นเป็นสามฉบับมีข้อความตรงกัน คู่สัญญาต่างยึดถือไว้คนละหนึ่งฉบับและมอบให้กองยาสํานักงานคณะกรรมการอาหารและยา เก็บไว้เป็นหลักฐานหนึ่งฉบับ

คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายต่างเข้าใจข้อสัญญานี้ดีแล้ว จึงได้ลงชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ขออนุญาต

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

**สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ**  
**ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สัญญาระหว่าง.....ในนามของ.....  
เลขที่.....ตروق/ชอย.....ถนน.....หมู่.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “ผู้รับอนุญาต” ฝ่ายหนึ่งกับ.....

( ) การบำบัดโรคสัตว์

ผู้ประกอบ ( ) โรคศิลปะ แผน.....สาขา.....

( ) วิชาชีพ.....

ชั้น.....ใบอนุญาตเลขที่.....ซึ่งต่อไปในสัญญาเรียกว่า “ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ”  
อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำสัญญานี้เพื่อปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ร่วมกันโดยมีข้อความ  
ดังต่อไปนี้

1. ผู้รับอนุญาตยินยอมและตกลงให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเข้าปฏิบัติหน้าที่ ณ.....  
ของผู้รับอนุญาตเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ตั้งแต่ที่ทำสัญญาเป็นต้นไป

2. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติยินยอมรับปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ในหน้าที่ที่กำหนดไว้ตามข้อ 1  
ของสัญญานี้ทุกประการ

3. ผู้รับอนุญาตยินยอมจ่ายค่าเงินทดแทนเป็นรายเดือนให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เดือนละ.....บาท  
(.....) ภายในสิ้นเดือนปฏิทินทุก ๆ เดือน

4. หนังสือสัญญานี้มีอายุสัญญา จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.....

5. หากคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดบอกเลิกสัญญานี้ก่อนครบกำหนดตามข้อ 4 ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้  
อีกฝ่ายหนึ่งทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า.....วัน และต้องแจ้งให้กองยาทราบตามกฎหมายด้วย

6. หากต้องการแก้ไขเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทำอยู่ เพื่อให้การ  
ปฏิบัติการได้เป็นไปโดยถูกต้องตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และกฎกระทรวงซึ่งออกตามความใน  
พระราชบัญญัติยาดังกล่าว ผู้รับอนุญาตยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกประการ

7. ภาษีเงินได้ที่จะต้องเสียตามกฎหมาย ผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตกลงกันว่า.....

.....เป็นผู้เสีย

8. หากปรากฏว่าคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไม่ปฏิบัติตามสัญญานี้แม้แต่ข้อหนึ่งข้อใด สัญญานี้เป็นอันเลิกกันทันที โดยคู่สัญญาไม่ต้องปฏิบัติตามข้อ 5 และคู่สัญญาจะฟ้องเรียกค่าเสียหายได้ตามกฎหมายหากมีการฟ้องร้องกันขึ้น ทั้งสองฝ่ายตกลงกันว่าฝ่ายที่ผิดสัญญาต้องเป็นผู้ชดใช้ค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้อง เช่น ค่าทนาย ค่าธรรมเนียมศาล หรืออื่น ๆ

9. สัญญานี้ทำขึ้นเป็นสามฉบับมีข้อความตรงกัน คู่สัญญาต่างยึดถือไว้คนละหนึ่งฉบับและมอบให้กองยาสํานักงานคณะกรรมการอาหารและยา เก็บไว้เป็นหลักฐานหนึ่งฉบับ

คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายต่างเข้าใจข้อสัญญานี้ดีแล้ว จึงได้ลงชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ขออนุญาต

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ  
ตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. 2510

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สัญญาระหว่าง.....ในนามของ.....

เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “ผู้รับอนุญาต” ฝ่ายหนึ่งกับ.....

( ) การบำบัดโรคสัตว์

ผู้ประกอบ ( ) โรคศิลปะ แผน.....สาขา.....

( ) วิชาชีพ.....

ชั้น.....ใบอนุญาตเลขที่.....ซึ่งต่อไปในสัญญาเรียกว่า “ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ”

อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำสัญญานี้เพื่อปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. 2510 ร่วมกันโดยมีข้อความ  
ดังต่อไปนี้

1. ผู้รับอนุญาตยินยอมและตกลงให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเข้าปฏิบัติหน้าที่ ณ.....  
ของผู้รับอนุญาตเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. 2510 ตั้งแต่ที่ทำสัญญาเป็นต้นไป

2. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติยินยอมรับปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. 2510 ในหน้าที่ที่กำหนดไว้ตามข้อ 1  
ของสัญญานี้ทุกประการ

3. ผู้รับอนุญาตยินยอมจ่ายค่าเงินทดแทนเป็นรายเดือนให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เดือนละ.....บาท  
(.....) ภายในสิ้นเดือนปฏิทินทุก ๆ เดือน

4. หนังสือสัญญานี้มีอายุสัญญา จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.....

5. หากคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดบอกเลิกสัญญานี้ก่อนครบกำหนดตามข้อ 4 ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้  
อีกฝ่ายหนึ่งทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า.....วัน และต้องแจ้งให้กองยาทราบตามกฎหมายด้วย

6. หากต้องการแก้ไขเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทำอยู่ เพื่อให้การ  
ปฏิบัติการได้เป็นไปโดยถูกต้องตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. 2510 และกฎกระทรวงซึ่งออกตามความใน  
พระราชบัญญัติฯฉบับดังกล่าว ผู้รับอนุญาตยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกประการ

7. ภาษีเงินได้ที่จะต้องเสียตามกฎหมาย ผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตกลงกันว่า.....

.....เป็นผู้เสีย

8. หากปรากฏว่าคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไม่ปฏิบัติตามสัญญานี้แม้แต่ข้อหนึ่งข้อใด สัญญานี้เป็นอันเลิกกันทันที โดยคู่สัญญาไม่ต้องปฏิบัติตามข้อ 5 และคู่สัญญาจะฟ้องเรียกค่าเสียหายได้ตามกฎหมายหากมีการฟ้องร้องกันขึ้น ทั้งสองฝ่ายตกลงกันว่าฝ่ายที่ผิดสัญญาต้องเป็นผู้ชดใช้ค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้อง เช่น ค่าทนาย ค่าธรรมเนียมศาล หรืออื่น ๆ

9. สัญญานี้ทำขึ้นเป็นสามฉบับมีข้อความตรงกัน คู่สัญญาต่างยึดถือไว้คนละหนึ่งฉบับและมอบให้กองยาสํานักงานคณะกรรมการอาหารและยา เก็บไว้เป็นหลักฐานหนึ่งฉบับ

คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายต่างเข้าใจข้อสัญญานี้ดีแล้ว จึงได้ลงชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ขออนุญาต

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

# หนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

- ผู้รับอนุญาต  ผู้ดำเนินกิจการ  ผู้ขออนุญาต
- ขยายยาแผนปัจจุบัน  นำหรือส่งยาแผนปัจจุบันฯ  ผลิตยาแผนปัจจุบัน
- ขยายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
- ขยายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์
- ขยายยาแผนโบราณ  นำหรือส่งยาแผนโบราณฯ  ผลิตยาแผนโบราณ

ของ ร้าน/ หจก./ หสน./ บริษัท.....

ใบอนุญาตเลขที่.....ตั้งอยู่ที่.....

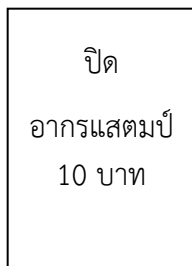
ขอมอบอำนาจให้.....

- บัตรประจำตัวประชาชน  บัตรประจำตัวข้าราชการ เลขที่.....

ออกให้โดย.....บัตรหมดอายุ.....

เป็นผู้กระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการเกี่ยวกับ การขออนุญาต การรับใบอนุญาต การต่อใบอนุญาต ลงนามเป็น  
ผู้ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต การแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาต และกิจการอื่นใดทุกประการเกี่ยวกับการประกอบ  
ธุรกิจเกี่ยวกับยา สำหรับใบอนุญาตดังกล่าวข้างต้น

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายใต้ขอบเขตแห่งการมอบอำนาจนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบ  
และมีผลผูกพันข้าพเจ้าทุกประการ ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่.....



(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....รับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

แบบติดภาพถ่ายสถานที่ สำหรับแนบคำขอรับใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน ( ขย.1 )

ชื่อร้าน / บริษัท .....

ที่อยู่.....

➤ อาคารพาณิชย์ / ตึกแถว

- ถ่ายรูปภายนอกอาคาร ให้เห็นครบทุกชั้น

➤ ภายในอาคาร / ห้องสรรพสินค้า

- ถ่ายรูปภายนอกอาคาร ให้เห็นภาพรวมของสถานที่

1.ภาพลักษณะของอาคารสถานที่ขออนุญาต

➤ ป้ายชื่อร้าน / เลขที่ตั้ง

- ถ่ายรูปบริเวณหน้าร้านให้เห็นป้ายชื่อร้าน พร้อมทั้งเลขที่ตั้งสถานที่ให้ชัดเจนจากภายนอกอาคาร

2.ด้านหน้าสถานที่ (ป้าย,เลขที่)

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง  
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

➤ ถ่ายรูปบริเวณเฉพาะจุดที่มีการจำหน่ายยาต้านซ้าย

3. ตู้วางยาต้านซ้าย ของสถานที่ขออนุญาต (ถ่ายจากหน้าร้าน)

➤ ถ่ายรูปบริเวณเฉพาะจุดที่มีการจำหน่ายยาต้านขวา

4. ตู้วางยาต้านขวาของสถานที่ขออนุญาต (ถ่ายจากหน้าร้าน)

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง  
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

➤ ถ่ายรูปตู้วางยาด้านหลังโดยให้เห็นครบทุกตู้ที่มีการจัดวางยาอันตราย  
( โดยนำมาปิดบังเปิดขึ้น )

5. บริเวณ “ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร”

➤ ถ่ายรูปตู้วางยาด้านหลังโดยให้เห็นครบทุกตู้ที่มีการจัดวางยาอันตราย  
( โดยม่านต้องปิดบังส่วนตู้ยาด้านหลังทั้งหมดพร้อมข้อความที่ระบุให้ครบถ้วนและต้องเป็นข้อความที่ไม่สามารถหลุดลอกหรือขูดได้ง่าย ครบทุกตู้ที่มีการจัดวางยาอันตราย)

6. การใช้ม่าน หรือวัสดุทึบ สำหรับใช้ปิดบังบริเวณ “ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร” พร้อม แสดงข้อความ

“ขณะนี้เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ ไม่สามารถขายยาในบริเวณนี้ได้”

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง  
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

➤ ต้องจัดเตรียมโต๊ะให้คำปรึกษาโดยมีขนาดที่เหมาะสมกับการให้คำปรึกษาแนะนำ พร้อมเก้าอี้นั่ง 2 ตัว สำหรับเภสัชกรและสำหรับผู้มารับบริการ

➤ มีป้ายระบุ “ ส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ ” ต้องเป็นป้ายถาวรและไม่ชำรุดได้ง่าย

( ตัวหนังสือควรใช้ตัวพิมพ์ที่สามารถอ่านออกได้ชัดเจน )

#### 7. บริเวณ “ส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ”(โต๊ะพร้อมเก้าอี้สำหรับเภสัชกร และผู้มาขอรับคำปรึกษาแนะนำ)

➤ ถ่ายให้เห็นภาพรวมของชั้นครบถ้วนทั้งหมด พร้อมทั้งติด

ป้ายระบุ “ จุดให้บริการตนเอง ” เป็นป้ายถาวรและไม่ชำรุดได้ง่าย

#### 8. บริเวณสำหรับให้ลูกค้าบริการตนเอง

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง  
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

- ต้องมีป้ายระบุ “ พื้นที่เก็บสำรองยา หรือ ตู้เก็บสำรองยา ” เป็นป้ายถาวรและไม่ชำรุดได้ง่าย
- ลักษณะบริเวณพื้นที่เก็บสำรองยา สามารถจัดเป็นตู้หรือชั้นวางยา (โดยไม่วางยาสัมผัสกับพื้นโดยตรง)

### 9. บริเวณ "พื้นที่เก็บสำรองยา (Stock) " (ถ้ามี)

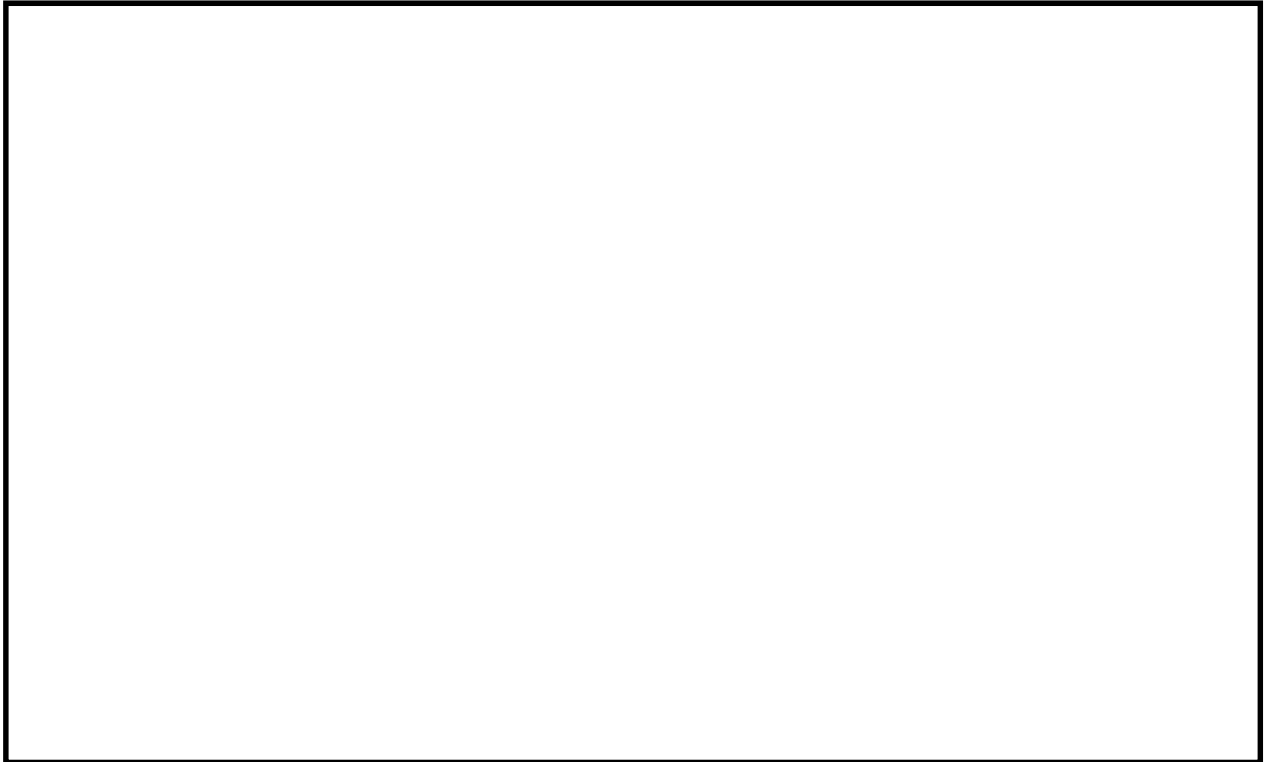
- ป้ายแสดงสถานที่ประกอบการ
  - “ สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ” สีพื้นป้ายสีน้ำเงิน ตัวอักษรสีขาว ขนาดตัวอักษรไม่น้อยกว่า 3 เซนติเมตร ขนาดป้ายไม่น้อยกว่า 20X70 เซนติเมตร (กว้างXยาว)
- ป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
  - สีพื้นป้ายสีน้ำเงิน ตัวอักษรสีขาว ขนาดตัวอักษรไม่น้อยกว่า 3 เซนติเมตร ขนาดป้ายไม่น้อยกว่า 20X50 เซนติเมตร (กว้างXยาว)
  - ระบุ นาย/นาง/นางสาว ชื่อ-สกุล ด้านหลังนามสกุลตามด้วย ภ.บ.
  - ด้านหน้า ชื่อ-สกุล ตีตรูปรายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (รูปสี่ 4x6 นิ้ว) สวมเสื้อกาวน์มีตราสภาเภสัชกรรม ด้านล่างรูปภาพ แสดงเลขที่ใบประกอบ “ ภ. XXXX ” ขนาดไม่น้อยกว่า 3 เซนติเมตร

### 10.1 ป้ายแสดงสถานที่ประกอบการ และป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง  
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....



**10.2** ภาพถ่ายเภสัชกร สวมเสื้อกาวน์ มีตราสภาเภสัชกรรม พร้อมป้ายแสดงตัวเป็นเภสัชกร  
ยืนถ่ายคู่กับป้ายชื่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ในร้านขายยา

ตัวอย่าง : รูปถ่ายเภสัชกร สวมเสื้อกาวน์ มีตราสภาเภสัชกรรม พร้อมป้ายแสดงตนว่าเป็นเภสัชกร  
ยืนถ่ายคู่กับป้ายชื่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ในร้านขายยา



ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง  
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

➤ ถาดนับเม็ดยา อย่างน้อย 2 ถาด

ติดป้ายระบุ ที่ฝาถาดนับเม็ดยา และด้ามนับเม็ดยา (ด้านเล็ก) ใช้ตัวพิมพ์ที่สามารถอ่านออกได้ชัดเจน และติดไม่ให้หลุดลอก หรือชำรุดได้ง่าย

- “ กลุ่มยาเพนนิซิลิน “ (ภาษาไทย)
- “ กลุ่มยาทั่วไป “

11. ถาดนับเม็ดยา (กลุ่มยาเพนนิซิลิน , กลุ่มยาทั่วไป) และเครื่องวัดความดันโลหิต(ชนิดอัตโนมัติ)

➤ ถ่ายรูปให้เห็นรวมถึงบริเวณที่จัดวางตู้เย็น และบริเวณข้างเคียง

12. ตู้เย็น

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง  
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

- ถ่ายรูปให้เห็นรวมถึงบริเวณที่จัดวาง และบริเวณข้างเคียง

### 13. เครื่องชั่งน้ำหนัก และที่วัดส่วนสูงสำหรับผู้มารับบริการ

- ถังดับเพลิง ขนาดบรรจุไม่น้อยกว่า 4 กิโลกรัม จัดวางในบริเวณที่เหมาะสม โดยติดตั้งสูงจากพื้นไม่เกินกว่า 1.50 เมตร และสามารถใช้งานได้สะดวก
- กรณีสถานที่ตั้งอยู่ในอาคารห้างสรรพสินค้า หรือ อาคารสำนักงาน สามารถใช้การอ้างอิงระบบป้องกันอัคคีภัย และอุปกรณ์ดับเพลิงของอาคารได้ เช่น รูปถ่ายสายยางดับเพลิง(Fire hose) หรือ ระบบกระจายน้ำดับเพลิงอัตโนมัติ(sprinklers)

### 14. อุปกรณ์สำหรับดับเพลิง

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง  
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

➤ บนซองบรรจุยา ต้องระบุ

1. ชื่อร้าน

2. ที่อยู่ร้าน (ให้ครบถ้วนทั้งหมด)

3. หมายเลขโทรศัพท์

15. ซองบรรจุยา ที่มีชื่อร้าน ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์

➤ รูปถ่ายสีครึ่งตัว หรือเต็มตัวโดยเภสัชกรสวมเสื้อกาวน์สีขาว ติดเครื่องหมายสภาเภสัชกรรม พร้อมป้ายแสดงบนเสื้อว่าเป็นเภสัชกร

16. เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (สวมเสื้อกาวน์สีขาว ติดเครื่องหมายสัญลักษณ์ของสภาเภสัชกรรม พร้อมป้ายแสดงบนเสื้อว่าเป็นเภสัชกร)

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง  
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

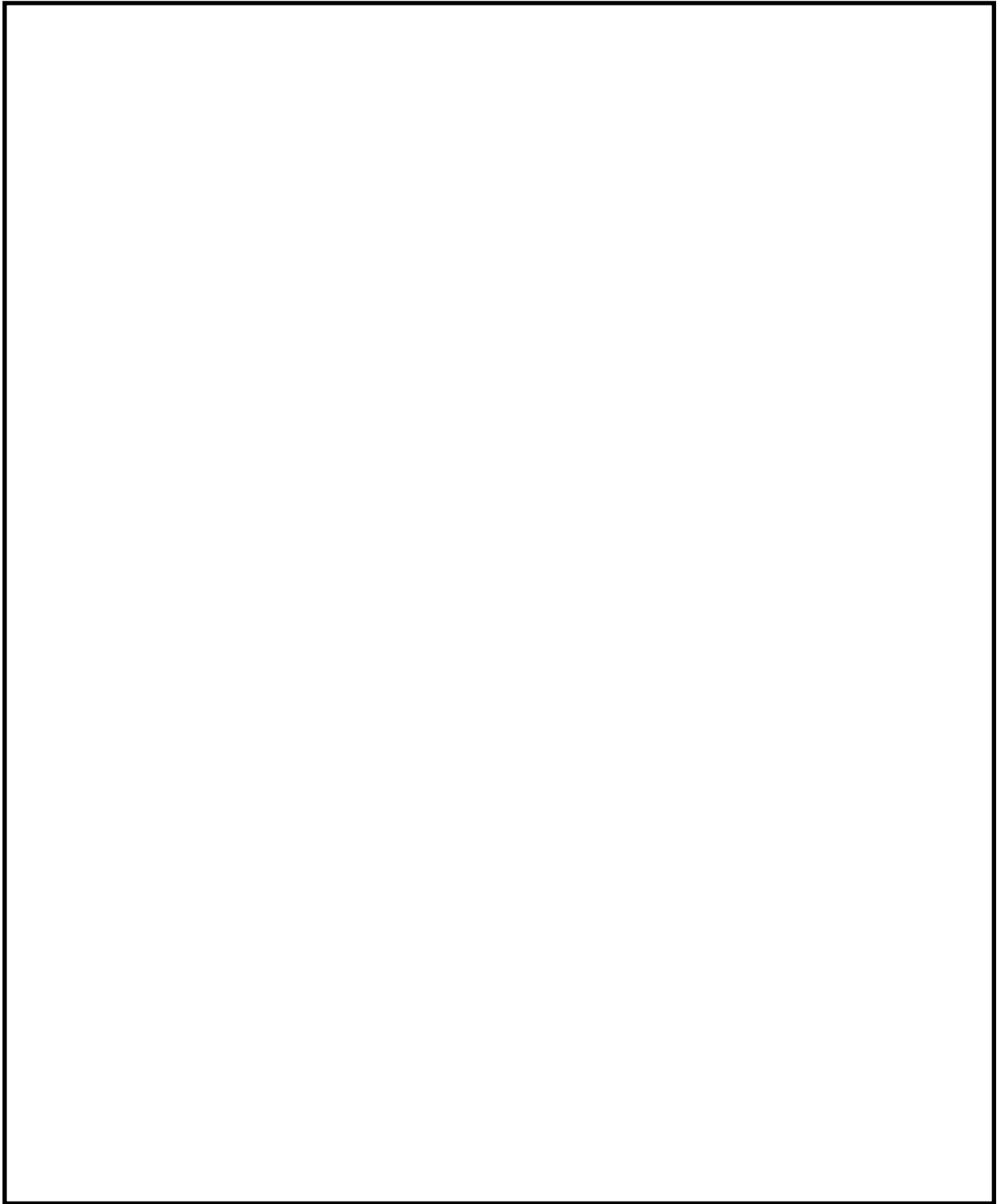
➤ ถ่ายรูปให้เห็นรวมถึงบริเวณที่จัดวาง และบริเวณข้างเคียง

## 17. เครื่องปรับอากาศ

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง  
ลงชื่อ.....

แผนผังภายในของสถานที่.....

ที่อยู่.....



หมายเหตุ ระบุความกว้าง ลึกของร้าน

ระบุการจัดวางยา บริเวณให้คำปรึกษาแนะนำ

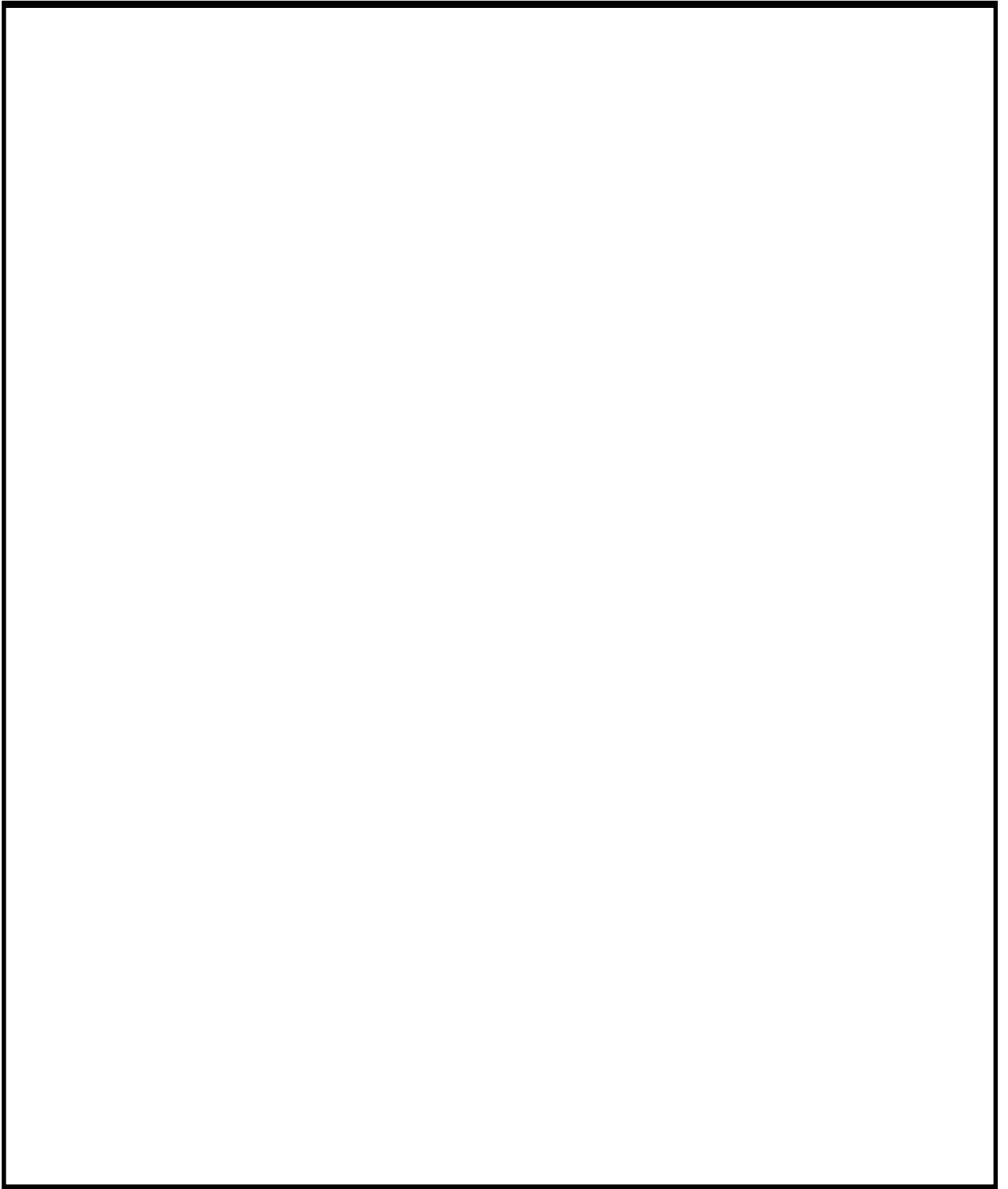
หากขาด ต้องลงหมึก

ขอรับรองว่าเป็นความจริง

ลงชื่อ.....

แผนที่ตั้งของสถานที่...ร้าน.....

ที่อยู่.....



พิกัดสถานที่.....

หมายเหตุ หากขาด ต้องลงหมึก

ขอรับรองว่าเป็นความจริง

ลงชื่อ.....