

**แบบตรวจสอบเอกสารคำขอ : แก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต  บุคคลธรรมดา /  นิติบุคคล**

- 1. กรณีเปลี่ยน/ เพิ่ม/ ถอน/ แจ่งเปลี่ยนหน้าที่ ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
- 2. กรณีย้ายสถานที่/ เพิ่มสถานที่/ ลดขยายสถานที่
- 3. กรณีเปลี่ยนผู้ดำเนินกิจการ (นิติบุคคล)
- 4. กรณีเปลี่ยน เวลาทำการ/ เบอร์โทรศัพท์/ **ยกเลิกหมวดยา**
- 5. กรณีเปลี่ยนหมายเลขบ้าน/ รายละเอียดของสถานที่ตั้ง/ คำนำหน้า/ ชื่อตัว/ ชื่อสกุล ของผู้รับอนุญาต/ เกษัชกร/ ผู้ดำเนินกิจการ
- 6. กรณีเปลี่ยนชื่อร้าน/ ชื่อสถานที่ขายฯ/ นำส่งฯ/ ผลิตฯ (บุคคลธรรมดา/ นิติบุคคล/ แปรสภาพ)
- 7. **กรณีสิทธิแทนผู้รับอนุญาตที่เสียชีวิต แต่ไม่เกิน 30 วัน\*\*\*** (บุคคลธรรมดา)
- 8. **เพิ่มหมวดการผลิต/ เพิ่มที่เก็บ (สถานที่ผลิต)**
- 9. กรณีอื่น ๆ (โปรดระบุ).....

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

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

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

➤ **ขอให้ผู้ยื่นคำขอ จัดเรียงเอกสารตามบัญชีรายการเอกสารด้านล่าง และตรวจสอบด้วยตนเอง พร้อมทั้งทำเครื่องหมาย**  
 ✓ กรณีถูกต้องครบถ้วนตามข้อกำหนด หรือทำเครื่องหมาย ✗ กรณีไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วนตามข้อกำหนด หรือเครื่องหมาย — กรณีไม่จำเป็นต้องมี

ลำดับที่	รายการตรวจสอบเอกสาร (บุคคลธรรมดา/ นิติบุคคล)	ผู้ยื่นคำขอตรวจสอบ*	เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ	บันทึกข้อบกพร่อง
<b>1. กรณีเปลี่ยนหรือเพิ่มผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (ให้เตรียมเอกสารทุกข้อตาม 1.1-1.14)</b>				
<b>กรณีถอนหรือแจ่งเปลี่ยนหน้าที่ (ให้ยื่นเฉพาะข้อ 1.1, 1.11, 1.12 และ 1.13)</b>				
1.1	คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง (ตามประเภทใบอนุญาต)			
1.2	คำรับรองผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (ตามประเภทใบอนุญาต)			
1.3	คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน *** (กรณีใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน/ ขายยาบรรจุเสร็จฯ/ ขายส่ง/ ขายยาฯ สัตว์) *** ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด (แบบ ข.ย. 14 หน้า 3)			
1.4	สัญญาระหว่างผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการกับผู้รับอนุญาต (จำนวน 3 ชุด)			
1.5	สำเนาใบประกอบโรคศิลปะ หรือสำเนาใบประกอบวิชาชีพ เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง			
1.6	สำเนาหนังสือรับรองการอบรมการประชุมเชิงปฏิบัติการ (ติดต่อขออบรมที่สภาเภสัชกรรม) หรือสำเนาใบเสร็จรับเงินเข้าร่วมการอบรม เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง *** (กรณีใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน) ***			
1.7	สำเนาผลการค้นหา รายชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม จากเว็บไซต์สภาเภสัชกรรม ( <a href="http://www.pharmacycouncil.org/index.php">http://www.pharmacycouncil.org/index.php</a> ) เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง			

ลำดับ ที่	รายการตรวจสอบเอกสาร (บุคคลธรรมดา/ นิติบุคคล)	ผู้ยื่นคำขอ ตรวจสอบ*	เจ้าหน้าที่ ตรวจสอบ	บันทึกข้อบกพร่อง
1.8	ใบรับรองแพทย์ตัวจริงของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (ที่ยังไม่หมดอายุ 1 หรือ 3 เดือน) พร้อมระบุ 5 โรคต้องห้ามเป็น ของผู้รับอนุญาตเกี่ยวกับยา ดังต่อไปนี้ (1) โรคเรื้อน (2) วัณโรคในระยะอันตราย (3) โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม (4) โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง (5) โรคพิษสุราเรื้อรัง			
1.9	สำเนาบัตรประชาชนของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
1.10	สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
1.11	หนังสือมอบอำนาจกระทำการแทน พร้อมอากรแสตมป์ 10 บาท กรณีผู้ขออนุญาตไม่สามารถติดต่อด้วยตนเอง			
1.12	สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
1.13	ใบอนุญาตฉบับจริง			
1.14	*** กรณีเปลี่ยนหรือเพิ่มเภสัชกร ให้เพิ่มรูปถ่าย 2 รูป คือ 1. รูปเภสัชกรตัวจริงถ่ายกับ ป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการที่ชื่อตรงกันและป้ายสถานที่ ในสถานที่ จริงที่ได้รับอนุญาต** 2. รูปป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในสถานที่จริงที่ได้รับอนุญาต** (อัดกระดาษโฟโต้จากร้านอัดรูป ขนาด 4x6 นิ้ว)  ตัวอย่างรูปถ่ายที่ส่ง ดูได้ที่ข้อ 2.3 <a href="http://www.fda.moph.go.th/sites/drug/SitePages/ApprovalDrugFormPage.aspx">http://www.fda.moph.go.th/sites/drug/SitePages/ApprovalDrugFormPage.aspx</a>			
<b>2. กรณีย้ายสถานที่/ เพิ่มสถานที่/ ลดขยายสถานที่</b>				
2.1	<b>บุคคลธรรมดา</b>			
2.1.1	คำขอย้ายสถานที่/ คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง (ตามประเภทใบอนุญาต)			
2.1.2	สัญญาเช่า (กรณีที่เช่าสถานที่) คนที่ลงนามเป็นผู้ให้เช่า** ต้องมีสภาพเป็นเจ้าของบ้านในทะเบียน บ้าน หรือกรณีทะเบียนบ้านลอย ต้องมีเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ตามข้อ 2.1.3 เท่านั้น หรือหนังสือยินยอม (กรณีเป็น สามี/ภรรยา/บิดา/มารดา/พี่น้อง/บุตร ของผู้ขออนุญาต)			
2.1.3	สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ที่ขออนุญาตและสถานที่เก็บบยา - กรณีสำเนาทะเบียนบ้านไม่มีผู้อยู่อาศัย (ทะเบียนบ้านลอย) ใช้เอกสารอื่นประกอบ อย่างใดอย่างหนึ่ง** ดังต่อไปนี้ <b>ที่ตั้งตรงกับทะเบียนบ้าน</b> เพื่อแสดงกรรมสิทธิ์ [ ] สำเนาสัญญาซื้อ-ขาย สิ่งปลูกสร้างฯ [ ] สำเนาใบอนุญาตก่อสร้าง [ ] สำเนาเอกสารอ้างกรรมสิทธิ์ เช่น ใบเสร็จชำระค่าน้ำ ค่าไฟ - กรณีสำเนาทะเบียนบ้าน มีผู้อยู่อาศัย คนที่ลงนามเป็นผู้ให้เช่า** ต้องมีสภาพเป็น เจ้าบ้านในทะเบียนบ้านเท่านั้น			
2.1.4	สำเนาบัตรประชาชนของเจ้าของสถานที่ที่ให้เช่า/ ยินยอม เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
2.1.5	รูปถ่าย อัดกระดาษโฟโต้ขนาด 4x6 นิ้ว จากร้านอัดรูปเท่านั้น <b>แผนที่ แผนที่</b> ของสถานที่ (แบบฟอร์มรูป ใช้ตามประเภทใบอนุญาต)			
2.1.6	หนังสือมอบอำนาจกระทำการแทน พร้อมอากรแสตมป์ 10 บาท กรณีผู้ขออนุญาตไม่สามารถติดต่อด้วยตนเอง			
2.1.7	สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
2.1.8	ใบอนุญาตฉบับจริง			

ลำดับ ที่	รายการตรวจสอบเอกสาร (บุคคลธรรมดา/ นิติบุคคล)	ผู้ยื่นคำขอ ตรวจสอบ*	เจ้าหน้าที่ ตรวจสอบ	บันทึกข้อบกพร่อง
2.2	<b>นิติบุคคล</b>			
2.2.1	คำขอย้ายสถานที่/ คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง (ตามประเภทใบอนุญาต)			
2.2.2	สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ใหม่			
2.2.3	สำเนาหนังสือรับรองบริษัทสถานที่ฯ ใหม่ ที่ออกมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน (ต้องได้รับรองการจดทะเบียนสถานที่ใหม่กับกระทรวงพาณิชย์เรียบร้อยแล้ว กรณีเพิ่มสถานที่ก็เช่นกัน)			
2.2.4	<b>รูปถ่าย</b> อัดกระดาษโฟโต้ขนาด 4x6 นิ้ว จากร้านอัดรูปเท่านั้น <b>แผนที่ แผนที่</b> ของสถานที่ (แบบฟอร์มรูป ใช้ตามประเภทใบอนุญาต)			
2.2.5	หนังสือมอบอำนาจกระทำการแทน พร้อมอากรแสตมป์ 10 บาท กรณีผู้ขออนุญาตไม่สามารถติดต่อด้วยตนเอง			
2.2.6	สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
2.2.7	ใบอนุญาตฉบับจริง			
<b>3. กรณีเปลี่ยนผู้ดำเนินการ (นิติบุคคล)</b>				
3.1	คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง (ตามประเภทใบอนุญาต) ลงนามผู้ขอแก้ไขฯ โดยผู้ดำเนินการ <b>คนเดิม*</b> หรือกรรมการผู้มีอำนาจลงนาม ตามเงื่อนไขของหนังสือรับรองบริษัทที่ออกมาแล้ว ไม่เกิน 6 เดือน			
3.2	คำขออนุญาต (ตามประเภทใบอนุญาต) <b>ผู้ดำเนินการคนใหม่ลงนาม*</b>			
3.3	รูปถ่ายของผู้ดำเนินการคนใหม่ รูปสี่ หน้าตรง ขนาด 3x4 ซม. จำนวน 3 รูป ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน***			
3.4	ใบรับรองแพทย์ตัวจริงของผู้ขอดำเนินการ (ที่ยังไม่หมดอายุ 1 เดือน หรือ 3 เดือน) พร้อมระบุ 5 โรคต้องห้ามเป็นของผู้รับอนุญาตเกี่ยวกับยา ดังต่อไปนี้ (1) โรคเรื้อน (2) วัณโรคในระยะอันตราย (3) โรคทำข้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม (4) โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง (5) โรคพิษสุราเรื้อรัง			
3.5	สำเนาบัตรประชาชนของผู้ดำเนินการคนใหม่ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
3.6	สำเนาทะเบียนบ้าน เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง (ผู้ดำเนินการคนใหม่)			
3.7	สำเนาหนังสือขออนุญาตทำงานที่ออกโดยกระทรวงแรงงาน และหนังสือเดินทาง เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง <b>(กรณีผู้ดำเนินการคนใหม่เป็นบุคคลต่างด้าว)</b>			
3.8	หนังสือรับรองบริษัท พร้อมแนบวัตถุประสงค์ของนิติบุคคลที่ออกมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน (ต้องมีระบุวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการประกอบธุรกิจ/ กิจการด้านยา) ***** - ต้องจดเลขที่ตั้งสถานที่ขออนุญาตในหนังสือรับรองบริษัท <b>**หากมีระบุให้ลงลายมือชื่อพร้อมประทับตราสำคัญของบริษัท** ต้องมีประทับตรา แล้ว จึงจะถือว่าเอกสารนั้นสมบูรณ์</b>			
3.9	หนังสือมอบอำนาจแต่งตั้งผู้ดำเนินการ พร้อมติดอากรแสตมป์ 30 บาท (กรรมการผู้มีอำนาจลงนามเป็นผู้แต่งตั้ง***และการประทับตราบริษัท เป็นไปตามเงื่อนไข หนังสือรับรองบริษัทที่ออกมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน) <b>**กรณีกรรมการผู้มีอำนาจลงนามเป็นบุคคลต่างด้าว** ต้องมีสำเนาหนังสือขออนุญาต ทำงานที่ออกโดยกระทรวงแรงงาน (Work Permit) หรือหนังสือรับรองเอกสาร (Notary Public หรือ Legalization ) เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง</b>			
3.10	สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			

ลำดับ ที่	รายการตรวจสอบเอกสาร (บุคคลธรรมดา/ นิติบุคคล)	ผู้ยื่นคำขอ ตรวจสอบ*	เจ้าหน้าที่ ตรวจสอบ	บันทึกข้อบกพร่อง
3.11	สัญญาระหว่างผู้ดำเนินการคนใหม่/ ผู้ขออนุญาต กับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (จำนวน 3 ชุด ต่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ 1 คน )			
3.12	ใบอนุญาตฉบับจริง			
3.13	หนังสือมอบอำนาจกระทำการแทนผู้ดำเนินการคนใหม่ พร้อมอากรแสตมป์ 10 บาท กรณีไม่สามารถติดต่อด้วยตนเอง			
3.14	สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
<b>4. กรณีเปลี่ยน เวลาทำการ/ เบอร์โทรศัพท์/ ยกเลิกหมวดยา/ E-mail</b>				
4.1	คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง (ตามประเภทใบอนุญาต)			
4.2	หนังสือมอบอำนาจกระทำการแทน พร้อมอากรแสตมป์ 10 บาท กรณีผู้ขออนุญาตไม่สามารถติดต่อด้วยตนเอง			
4.3	สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
4.4	ใบอนุญาตฉบับจริง			
4.5	** กรณีเปลี่ยนเวลาทำการ ให้เพิ่มรูปถ่ายป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการที่เปลี่ยนเวลาแล้วใน สถานที่จริงที่ได้รับอนุญาต อัดกระดาษโฟโต้จากร้านอัดรูป ขนาด 4x6 นิ้ว จำนวน 1 รูป			
<b>5. กรณีเปลี่ยนหมายเลขบ้าน รายละเอียดของสถานที่ตั้ง คำนำหน้า/ ชื่อตัว/ ชื่อสกุล ของผู้รับอนุญาต ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ผู้ดำเนินการ</b>				
5.1	คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง (ตามประเภทใบอนุญาต)			
5.2	หลักฐานการเปลี่ยนแปลงชื่อตัว/ ชื่อสกุล หรือสำเนาทะเบียนสมรส (กรณีสมรส) หรือ สำเนาทะเบียนหย่า (กรณีหย่า)			
5.3	หลักฐานการเปลี่ยนแปลง <u>หมายเลขบ้าน/ รายละเอียดของสถานที่ตั้ง/ คำนำหน้า/ ชื่อตัว/ ชื่อสกุล</u> จากหน่วยงานราชการ <u>และใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมที่เปลี่ยนแปลง รายละเอียดแล้ว</u>			
5.4	สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ตั้ง พร้อมเช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
5.5	สำเนาบัตรประชาชนของชื่อตัว-สกุลของบุคคลที่เปลี่ยนรายละเอียดแล้ว พร้อมเช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
5.6	หนังสือมอบอำนาจกระทำการแทน พร้อมอากรแสตมป์ 10 บาท กรณีผู้รับอนุญาตไม่สามารถติดต่อด้วยตนเอง			
5.7	สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
5.8	ใบอนุญาตฉบับจริง			
5.9	** กรณีเปลี่ยน <u>คำนำหน้า/ ชื่อตัว/ ชื่อสกุล</u> ให้เพิ่มรูปถ่ายป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ที่ เปลี่ยน <u>คำนำหน้า/ ชื่อตัว/ ชื่อสกุล</u> ในสถานที่จริงที่ได้รับอนุญาต** อัดกระดาษโฟโต้จาก ร้านอัดรูป ขนาด 4x6 นิ้ว จำนวน 1 รูป			
<b>6. กรณีเปลี่ยนชื่อร้าน ชื่อสถานที่ขายยา/ นำสั่งฯ/ ผลิตฯ (บุคคลธรรมดา/ นิติบุคคล/ แปรสภาพ/ ควบรวมนิติบุคคล)</b>				
6.1	คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง (ตามประเภทใบอนุญาต)			
6.2	หนังสือรับรองบริษัทที่แก้ไขรายละเอียดจากกระทรวงพาณิชย์เรียบร้อยแล้ว ที่ออกมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน (กรณีนิติบุคคล)			
6.3	หนังสือมอบอำนาจกระทำการแทน พร้อมอากรแสตมป์ 10 บาท กรณีผู้รับอนุญาตไม่สามารถติดต่อด้วยตนเอง			
6.4	สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
6.5	ใบอนุญาตฉบับจริง			
6.6	<u>รูปถ่ายเปลี่ยนชื่อร้าน ชื่อสถานที่ขายยา/ นำสั่งฯ/ ผลิตฯ</u> ที่เปลี่ยนใหม่ในสถานที่จริง ที่ <u>ได้รับอนุญาต</u> (รูปถ่ายขนาด 4x6 นิ้ว อัดด้วยกระดาษโฟโต้จากร้านอัดรูปเท่านั้น)			
<b>7. กรณีสืบสิทธิ์แทนผู้รับอนุญาตที่เสียชีวิต แต่ไม่เกิน 30 วัน (บุคคลธรรมดาเท่านั้น)</b>				
7.1	คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง (ตามประเภทใบอนุญาต)			

ลำดับ ที่	รายการตรวจสอบเอกสาร (บุคคลธรรมดา/ นิติบุคคล)	ผู้ยื่นคำขอ ตรวจสอบ*	เจ้าหน้าที่ ตรวจสอบ	บันทึกข้อบกพร่อง
7.2	แบบคำขออนุญาต (ตามประเภท) เจ้าของคนใหม่			
7.3	รูปถ่ายของผู้รับอนุญาต (เจ้าของคนใหม่/ ผู้ขออนุญาต) ขนาด 3x4 ซม. จำนวน 3 รูป ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน			
7.4	สำเนาบัตรประชาชนรับรองจริง (เจ้าของคนใหม่/ผู้ขออนุญาต)			
7.5	สำเนาทะเบียนบ้านรับรองจริง (เจ้าของคนใหม่/ ผู้ขออนุญาต)			
7.6	สำเนาหนังสือขออนุญาตทำงานที่ออกโดยกระทรวงแรงงาน และหนังสือเดินทาง (กรณีบุคคลต่างด้าว)			
7.7	ใบรับรองแพทย์ <u>ตัวจริง</u> ของผู้ขออนุญาต (ที่ยังไม่หมดอายุ 1 หรือ 3 เดือน) พร้อมระบุ 5 โรคต้องห้ามเป็นของผู้รับอนุญาตเกี่ยวกับยา ดังต่อไปนี้ (1) โรคเรื้อน (2) วัณโรคในระยะอันตราย (3) โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม (4) โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง (5) โรคพิษสุราเรื้อรัง			
7.8	หนังสือยินยอมจากทายาททุกคนที่มีสิทธิ์			
7.9	สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของทายาททุกคนที่มีสิทธิ์ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
7.10	<u>สัญญาเช่า (กรณีที่เช่าสถานที่) คนที่ลงนามเป็นผู้ให้เช่า** ต้องมีสภาพเป็นเจ้าของบ้านใน ทะเบียนบ้าน หรือกรณีทะเบียนบ้านลอย ต้องมีเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ตามข้อ 7.11 เท่านั้น หรือหนังสือยินยอม (กรณีเป็น สามี/ภรรยา/บิดา/มารดา/พี่น้อง/บุตร ของผู้ขออนุญาต)</u>			
7.11	<b>สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ที่ขออนุญาตและสถานที่เก็บยา</b> - กรณีสำเนาทะเบียนบ้านไม่มีผู้อยู่อาศัย (ทะเบียนบ้านลอย) ใช้เอกสารอื่นประกอบ อย่างใดอย่างหนึ่ง** ดังต่อไปนี้ที่ <u>ที่ตั้งตรงกับทะเบียนบ้าน</u> เพื่อแสดงกรรมสิทธิ์ [ ] สำเนาสัญญาซื้อ-ขาย สิ่งปลูกสร้างฯ [ ] สำเนาใบอนุญาตก่อสร้าง [ ] สำเนาเอกสารอ้างอิงกรรมสิทธิ์ เช่น ใบเสร็จชำระค่าน้ำ ค่าไฟ - กรณีสำเนาทะเบียนบ้าน มีผู้อยู่อาศัย คนที่ลงนามเป็นผู้ให้เช่า** ต้องมีสภาพเป็น เจ้า บ้านในทะเบียนบ้านเท่านั้น			
7.12	สำเนาบัตรประชาชนของเจ้าของสถานที่ที่ให้เช่า/ ยินยอม เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
7.13	คำรับรองผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (ตามประเภท)			
7.14	คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงานของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ *** (กรณีใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน/ ขายยาบรรจสุเสร็จฯ/ ขายส่ง/ ขายยาฯ สัตว์) *** ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด (แบบ ข.ย. 14 หน้า 3)			
7.15	สัญญาระหว่างเจ้าของคนใหม่/ ผู้ขออนุญาต กับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ จำนวน 3 ชุด ต่อ กร 1 คน			
7.16	ใบรับรองแพทย์ <u>ตัวจริง</u> ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (ที่ยังไม่หมดอายุ 1 หรือ 3 เดือน) พร้อมระบุ 5 โรคต้องห้ามเป็นของผู้รับอนุญาตเกี่ยวกับยา ดังต่อไปนี้ (1) โรคเรื้อน (2) วัณโรคในระยะอันตราย (3) โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม (4) โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง (5) โรคพิษสุราเรื้อรัง			
7.17	สำเนาใบประกอบโรคศิลปะ หรือสำเนาใบประกอบวิชาชีพ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			

ลำดับ ที่	รายการตรวจสอบเอกสาร (บุคคลธรรมดา/ นิติบุคคล)	ผู้ยื่นคำขอ ตรวจสอบ*	เจ้าหน้าที่ ตรวจสอบ	บันทึกข้อบกพร่อง
7.18	สำเนาหนังสือรับรองการอบรมการประชุมเชิงปฏิบัติการ (ติดต่อขออบรมที่สภาเภสัชกรรม) หรือสำเนาใบเสร็จรับเงินเข้าร่วมการอบรม รับรองจริง *** (กรณีใบอนุญาตขยายแผนปัจจุบัน) ***			
7.19	สำเนาบัตรประชาชนของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
7.20	สำเนาใบมรณบัตรของผู้รับอนุญาตเดิม เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
7.21	สำเนาหลักทรัพย์ (สำเนาสมุดบัญชีอพิตเดาล่าสุด) หรือหนังสือรับรองจากธนาคารจำนวนเงิน ตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป/ สำเนาโฉนดที่ดินไม่ติดภาระผูกพัน			
7.22	สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
7.23	สำเนาผลการค้นหา รายชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม จากเว็บไซต์สภาเภสัชกรรม ( <a href="http://www.pharmacycouncil.org/index.php">http://www.pharmacycouncil.org/index.php</a> ) เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
7.24	หนังสือมอบอำนาจการกระทำแทนผู้ขออนุญาต พร้อมอากรแสตมป์ 10 บาท กรณีผู้รับอนุญาตใหม่ไม่สามารถมาติดต่อด้วยตนเอง			
7.25	สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
7.26	ใบอนุญาตฉบับจริง			
<b>8. เพิ่มหมวดการผลิตยา หรือเพิ่มที่เก็บ (กรณีสถานที่ผลิตแผนปัจจุบัน)</b>				
8.1	คำขอตามประเภท (แบบ ผ.ย. 11)			
8.2	บันทึกผลการตรวจสถานที่ที่มีหมวดยาที่ต้องการเพิ่มระบุชัดเจน และสำเนาแบบแปลนที่ ออกให้โดย อย. ที่ได้รับการอนุมัติหมวดยาหรือที่เก็บที่ต้องการเพิ่มแล้ว			
8.3	หนังสือมอบอำนาจการกระทำแทน พร้อมอากรแสตมป์ 10 บาท กรณีผู้ขออนุญาตไม่สามารถติดต่อด้วยตนเอง			
8.4	สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
<b>9. กรณีอื่น ๆ</b>				
9.1	คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง (ตามประเภทใบอนุญาต)			
9.2	ใบอนุญาตฉบับจริง			
9.3	หนังสือมอบอำนาจการกระทำแทน พร้อมอากรแสตมป์ 10 บาท กรณีผู้ขออนุญาตไม่สามารถติดต่อด้วยตนเอง			
9.4	สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
9.5	เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง			

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 เพราะเอกสารไม่ครบถ้วนถูกต้องพบข้อบกพร่องตามที่ระบุไว้ข้างต้น ต้องแก้ไขให้แล้วเสร็จภายใน.....วันทำการ นับแต่วันถัดจากวันที่รับคำขอ หากพ้นกำหนดจะยกเลิกและส่งคืนคำขอต่อไป (ให้ผู้ยื่นคำขอลงนามรับทราบและรับสำเนาบันทึกข้อบกพร่อง)</p> <p>ลงชื่อเจ้าหน้าที่ตรวจสอบเบื้องต้น..... (.....) วันที่.....</p> <p>ลงชื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ผู้พิจารณา..... (.....) วันที่.....</p>
<p><b>ครั้งที่ 2 (การแก้ไขข้อบกพร่อง)</b></p> <p>ข้าพเจ้าได้ยื่นเอกสารการแก้ไขข้อบกพร่อง ไว้จำนวน.....รายการตามที่ระบุในบันทึกข้อบกพร่อง</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> <p><input type="checkbox"/> ไม่มาแก้ไขข้อบกพร่องภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p><input type="checkbox"/> การแก้ไขข้อบกพร่องไม่ครบถ้วน/ ไม่ถูกต้อง</p> <p>ท่านมีสิทธิยื่นคำขอใหม่ โดยจัดเตรียมเอกสารให้ถูกต้องครบถ้วนและสอดคล้องตามกฎหมาย หรือจะอุทธรณ์การคืนคำขอครั้งนี้ได้ โดยขอให้ยื่นคำอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ภายใน 15 วันทำการ นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง</p> <p>จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ</p> <p>ลงชื่อเจ้าหน้าที่เจ้าของเรื่อง..... (.....) วันที่.....</p>
<p><b>รับคืนคำขอ</b></p> <p>ลงชื่อ.....(ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ) (.....) วันที่.....</p>		

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

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

\_\_\_\_\_

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า .....

(ชื่อผู้รับอนุญาต)

มีผู้ดำเนินการ ชื่อ ..... (เฉพาะกรณีนิติบุคคล)

เลขที่บัตรประชาชน

- ได้รับอนุญาตให้
- ขายยาแผนปัจจุบัน
  - ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
  - ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์
  - ขายส่งยาแผนปัจจุบัน

ใบอนุญาตเลขที่ ..... ณ สถานที่ขายยาชื่อ .....

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

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

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

ขอเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต ดังต่อไปนี้

.....

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

- (๑) ใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาหรือใบแทน
- (๒) เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....) ..... ตัวบรรจง)

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

(.....) ..... ตัวบรรจง)

### 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

คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน  
เพื่อเป็นหลักฐานประกอบคำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในการเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในร้านขายยา  
ตามกฎหมายกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน  
พ.ศ. ๒๕๕๖

เขียนที่ .....  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

ข้าพเจ้า .....  
ตำแหน่ง ..... ชื่อหน่วยงาน .....  
ตั้งอยู่ ณ เลขที่ ..... หมู่บ้าน/อาคาร ..... ตรอก/ซอย .....  
หมู่ที่ ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....  
จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....  
มือถือ ..... E-mail .....

เป็นผู้บังคับบัญชา / หัวหน้างาน ของ .....

เลขที่บัตรประชาชน  เป็นผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ และปฏิบัติงานในตำแหน่ง  
ประจำ คือ ..... สังกัด (แผนก/ฝ่าย) .....  
ในหน่วยงานชื่อ ..... เวลาปฏิบัติงานในหน่วยงาน คือ ..... น.

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ



( ..... )  
ตำแหน่ง .....

เฉพาะกรณีที่เอกสารไม่ได้รับราชการ หรือ ทำงานประจำ (ให้กรอกข้อความ อ่านและลงนามข้างล่างนี้)

ข้าพเจ้า ..... ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่ได้รับราชการหรือทำงานประจำที่ได้  
ทั้งนี้ข้าพเจ้าทราบว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญารฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

ลงชื่อ .....  
( ..... )  
เอกสารผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

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

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สัญญาระหว่าง .....ในนามของ .....

เลขที่ .....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “ผู้รับอนุญาต” ฝ่ายหนึ่งกับ.....

( ) การบำบัดโรคสัตว์

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

( ) วิชาชีพ.....

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

1. ผู้รับอนุญาตยินยอมและตกลงให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเข้าปฏิบัติหน้าที่ ณ.....ของ ผู้รับอนุญาตเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ตั้งแต่วันที่ทำสัญญาเป็นต้นไป
2. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการยินยอมรับปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ในหน้าที่ที่กำหนดไว้ตามข้อ 1. ของสัญญานี้ทุกประการ
3. ผู้รับอนุญาตยินยอมจ่ายค่าเงินทดแทนเป็นรายเดือนให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เดือนละ.....บาท (.....) ภายในวันสิ้นเดือนปฏิทินทุก ๆ เดือน
4. หนังสือสัญญานี้มีอายุสัญญา จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.....
5. หากคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดบอกเลิกสัญญานี้ก่อนครบกำหนดตามข้อ 4. ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้อีกฝ่ายหนึ่งทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า.....วัน และต้องแจ้งให้กองควบคุมยาทราบตามกฎหมายด้วย
6. หากต้องมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทำอยู่ เพื่อให้การปฏิบัติการได้เป็นไปโดยถูกต้องตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 และกฎกระทรวงซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติยาฉบับดังกล่าว ผู้รับอนุญาตยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกประการ
7. ภาษีเงินได้ที่จะต้องเสียตามกฎหมาย ผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตกลงกันว่า.....เป็นผู้เสีย

- 8. หากปรากฏว่า คู่สัญญา-

8. หากปรากฏว่า คู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไม่ปฏิบัติตามสัญญาแม้แต่ข้อหนึ่งข้อใด สัญญานี้เป็นอันเลิกกันทันที โดยคู่สัญญาไม่ต้องปฏิบัติตามข้อ 5. และคู่สัญญาที่มีสิทธิจะฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายได้ตามกฎหมาย หากมีการฟ้องร้องกันขึ้น ทั้งสองฝ่ายตกลงกันว่าฝ่ายที่ผิดสัญญาจะต้องเป็นผู้ชดใช้ค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้อง เช่น ค่าทนายและค่าธรรมเนียมศาล หรืออื่น ๆ เป็นต้น

9. สัญญาทำขึ้นเป็นสามฉบับมีข้อความตรงกัน คู่สัญญาต่างยึดถือไว้คนละหนึ่งฉบับและมอบให้ กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเก็บไว้เป็นหลักฐานหนึ่งฉบับ

คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายต่างเข้าใจข้อความในสัญญาดีแล้ว จึงได้ลงชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

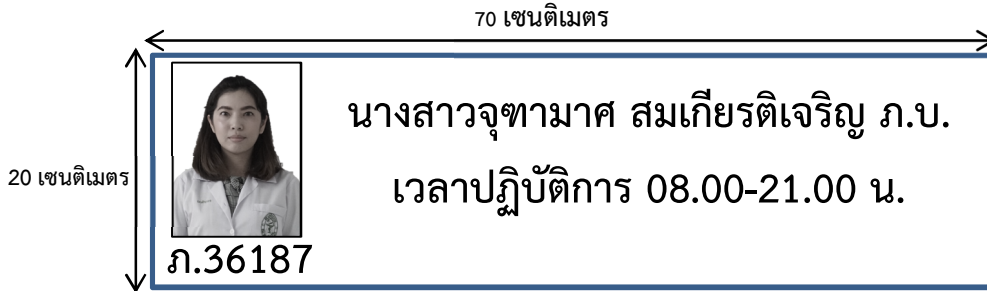
(ลงชื่อ).....ผู้ขออนุญาต

(ลงชื่อ).....ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

(ลงชื่อ).....พยาน

(ลงชื่อ).....พยาน

แบบรูปถ่ายเพิ่มเติมในการยื่นขอเปลี่ยนผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ  
(รูปถ่ายสี อัด Photo จากร้านอัดรูป ขนาด 4 x 6 นิ้ว)



รูปถ่ายของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการบนป้าย เป็นรูปถ่ายสี หน้าเต็ม ไม่สวมหมวกหรือแว่นตาดำ ถ่ายไว้ไม่เกิน 5 ปี  
รูปถ่ายขนาด 4 x 6 นิ้ว (10 x 15 เซนติเมตร) อักษรแสดงเลขที่ใบประกอบวิชาชีพขนาดอักษรสูงไม่น้อยกว่า 3 เซนติเมตร

**\*\*ตัวอักษรทุกตัวสูงไม่น้อยกว่า 3 เซนติเมตร\*\***

รูปที่ 1



รูปที่ 2



ตัวอย่าง : รูปถ่ายเภสัชกร *สวมเสื้อกาวน์ มีตราสภาเภสัชกรรม พร้อมป้ายแสดงตนว่าเป็นเภสัชกร*  
ยื่นถ่ายคู่กับป้ายชื่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ในร้านขายยา

เขียนที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง แจ้งเลิกการปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. 2510  
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ด้วยข้าพเจ้า.....ผู้ได้รับขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็น  
ผู้ประกอบการโรคศิลปะแผน.....ชั้น.....สาขา.....  
ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ เลขที่.....เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ณ สถานที่

- |                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ขายยา       | <input type="checkbox"/> แผนปัจจุบัน |
| <input type="checkbox"/> ผลิตยา      | <input type="checkbox"/> แผนโบราณ    |
| <input type="checkbox"/> นำหรือส่งยา | <input type="checkbox"/> .....       |

ตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. 2510 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติฯ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522

(ชื่อสถานที่) .....

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

หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ.....จังหวัดอุดรธานี โทรศัพท์.....

ดังปรากฏตามสัญญาระหว่างผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ฉบับลงวันที่ .....เดือน .....พ.ศ. ....

บัดนี้ ข้าพเจ้าได้เลิกเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ณ สถานที่ดังกล่าวข้างต้น ตั้งแต่วันที่.....เดือน ..... พ.ศ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

หมายเหตุ 1. เหตุผลการแจ้งเลิกการปฏิบัติการ

.....

2. แนบสำเนาใบประกอบโรคศิลป์

3. สำเนาบัตรประชาชน

# หนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

- ผู้รับอนุญาต     ผู้ดำเนินกิจการ     ผู้ขออนุญาต
- ขยายยาแผนปัจจุบัน     นำหรือสั่งยาแผนปัจจุบัน ฯ     ผลิตยาแผนปัจจุบัน
- ขยายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
- ขยายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์
- ขยายยาแผนโบราณ     นำหรือสั่งยาแผนโบราณ ฯ     ผลิตยาแผนโบราณ

ของ ร้าน / หจก. / หสน.บริษัท.....

ใบอนุญาตเลขที่.....ตั้งอยู่ที่.....

ขอมอบอำนาจให้.....

บัตรประจำตัวประชาชน     บัตรประจำตัวข้าราชการ เลขที่.....

ออกให้โดย.....บัตรหมดอายุ.....

เป็นผู้กระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการเกี่ยวกับ การขออนุญาต การรับใบอนุญาต การต่อใบอนุญาต ลงนามเป็นผู้ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต การแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาต และกิจการอื่นใดทุกประการ เกี่ยวกับการประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา สำหรับใบอนุญาตดังกล่าวข้างต้น

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายใต้ขอบเขตแห่งการมอบอำนาจนี้ ข้าพเจ้าขอ รับผิดชอบและมีผลผูกพันข้าพเจ้าทุกประการ ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)

ปิด  
อากรแสตมป์  
10 บาท