

<p>แบบ คค. ๑-๑</p>	<p>คำขอรับใบอนุญาต คำขอต่ออายุใบอนุญาต คำขอรับใบแทนใบอนุญาตมีไว้ในครอบครอง ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ และวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ประเภท ๓ หรือประเภท ๔</p>	<p>ใบรับคำขอ (สำหรับเจ้าหน้าที่) เลขรับที่..... วันที่รับ..... ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ</p>
--------------------	--	--

โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน ของข้อที่เลือกและกรอกข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน

ขอรับใบอนุญาต (กรณีรายใหม่)

ขอต่ออายุใบอนุญาตเลขที่.....

ขอรับใบแทนใบอนุญาตเลขที่..... เนื่องจากใบอนุญาต สูญหาย ถูกทำลายหรือเสียหายในสาระสำคัญ

หมายเหตุ : ๑. กรณีขอต่ออายุใบอนุญาตหรือขอรับใบแทนใบอนุญาต ไม่ต้องกรอกข้อมูลในส่วนที่ ๑ และส่วนที่ ๒

๒. กรณีมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลง ให้ยื่นคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงก่อนการยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต

๓. คำขอ ๑ ฉบับ ให้ยื่นขอได้เพียงหนึ่งประเภทและหนึ่งวัตถุประสงค์เท่านั้น

ประเภทของยาเสพติด/วัตถุออกฤทธิ์

ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓

วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๔

วัตถุประสงค์ในการขออนุญาต

เพื่อการผลิตยาเสพติดให้โทษในประเภท ๓ (เฉพาะกรณีขอมีไว้ในครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒)

โดยเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ผลิตยาเสพติดให้โทษในประเภท ๓ ใบอนุญาตเลขที่.....

เพื่อการป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด

(เฉพาะกรณีขอมีไว้ในครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒)

เพื่อการวิเคราะห์หรือศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์

- ชื่อโครงการวิจัย.....

- ระยะเวลาดำเนินการ วันที่.....สิ้นสุดวันที่.....

เพื่อใช้ประจำในเรือหรือเครื่องบินที่ใช้ในการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศที่จดทะเบียนในราชอาณาจักร

สำหรับการปฐมพยาบาลหรือกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน

เพื่อการบำบัดรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์

(เฉพาะกรณีขอมีไว้ในครอบครองวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔)

เพื่อประโยชน์ทางอุตสาหกรรม (เฉพาะกรณีขอมีไว้ในครอบครองวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลผู้ขออนุญาตและผู้ดำเนินการในใบอนุญาต

๑.๑ ข้อมูลผู้ขออนุญาต

ชื่อผู้ขออนุญาต (ชื่อบุคคลธรรมดา/ชื่อนิติบุคคล).....

เลขประจำตัวประชาชน --- หรือ หนังสือเดินทางเลขที่.....

หรือ เลขทะเบียนนิติบุคคล ----

เลขรหัสประจำบ้านตามทะเบียนบ้าน -- (ตามทะเบียนราษฎรกระทรวงมหาดไทย)

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่ที่..... ต.รอก/ซอย..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์..... โทรสาร (ถ้ามี).....

อีเมล (ถ้ามี).....

๑.๒ ข้อมูลผู้ดำเนินการในใบอนุญาต*

นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล..... อายุ.....ปี สัญชาติ.....
เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□ หรือหนังสือเดินทางเลขที่.....
เลขรหัสประจำบ้านตามทะเบียนบ้าน □□□□-□□□□□□-□ (ตามทะเบียนราษฎรกระทรวงมหาดไทย)
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ □□□□□ โทรศัพท์..... โทรสาร (ถ้ามี).....
อีเมล (ถ้ามี).....

** กรณีขออนุญาตเพื่อการบำบัดรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์ ผู้ดำเนินการในใบอนุญาตต้องเป็น
ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ทันตกรรม หรือสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง*

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลการขออนุญาตมีไว้ในครอบครอง

๒.๑ ข้อมูลยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์ที่ขออนุญาต

ชื่อยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์
*(ไม่ต้องระบุ กรณีเพื่อป้องกันและปราบปรามการกระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติด
หรือเพื่อการบำบัดรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์)*

๒.๒ ข้อมูลสถานที่ที่มีไว้ในครอบครอง

ชื่อสถานที่.....
เลขรหัสประจำบ้านตามทะเบียนบ้าน □□□□-□□□□□□-□ (ตามทะเบียนราษฎรกระทรวงมหาดไทย)
ตั้งอยู่ เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ □□□□□ โทรศัพท์..... โทรสาร (ถ้ามี).....

ส่วนที่ ๓ สถานที่สำหรับติดต่อจัดส่งเอกสาร (กรุณาเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง)

- ตามที่อยู่ของผู้ขอรับอนุญาต (ข้อ ๑.๑)
- ตามที่อยู่ของสถานที่ขอรับอนุญาต (ข้อ ๒.๒)

ส่วนที่ ๔ เอกสารหลักฐาน

เอกสารหรือหลักฐานประกอบการขอรับใบอนุญาตมีไว้ในครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ และวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒
ประเภท ๓ หรือประเภท ๔

*(โปรดแนบเอกสารหรือหลักฐานในส่วนที่เกี่ยวข้อง และให้ผู้ดำเนินการในใบอนุญาตรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ
เว้นแต่การส่งทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้ส่งไม่ต้องลงนามรับรอง)*

๑. เพื่อการผลิตยาเสพติดให้โทษในประเภท ๓

(เฉพาะกรณีขอมีไว้ในครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒)

- เอกสารหรือหลักฐานแสดงการเป็นนิติบุคคล หน้าที่ และอำนาจตามกฎหมาย *(กรณีผู้ขอรับอนุญาตเป็นกระทรวง ทบวง กรม
สภาวิชาชีพ หรือองค์การเภสัชกรรม)*
- หนังสือแสดงว่าผู้ยื่นขออนุญาตเป็นผู้แทนของนิติบุคคลหรือผู้มีอำนาจทำการแทนนิติบุคคล เช่น หนังสือมอบหมายหรือแต่งตั้ง
ให้เป็นผู้แทนของหน่วยงานผู้ขออนุญาต
- หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการที่จะระบุไว้ในใบอนุญาต *(กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาตแทน)*
- แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานที่ที่ขออนุญาต
- แผนผังแสดงที่เก็บยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

๒. เพื่อป้องกันและปราบปรามการกระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติด

(เฉพาะกรณีขอมีไว้ในครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒)

- เอกสารหรือหลักฐานแสดงการเป็นนิติบุคคล หน้าที่ และอำนาจตามกฎหมาย
- เอกสาร ซึ่งระบุชื่อ จำนวน หรือปริมาณ และรายละเอียดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ และวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒
ที่ขออนุญาต
- หนังสือแสดงว่าผู้ยื่นขออนุญาตเป็นผู้แทนของนิติบุคคลหรือผู้มีอำนาจทำการแทนนิติบุคคล เช่น หนังสือมอบหมายหรือแต่งตั้งให้
เป็นผู้แทนของหน่วยงานผู้ขออนุญาต
- หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการที่จะระบุไว้ในใบอนุญาต *(กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาตแทน)*

๓. เพื่อการวิเคราะห์ หรือศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์	
<input type="checkbox"/>	หนังสือแสดงว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งจากหน่วยงานของผู้ขออนุญาต (กรณีผู้ขออนุญาตเป็นหน่วยงานของรัฐหรือสภากาชาดไทย)
<input type="checkbox"/>	หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการที่จะระบุไว้ในใบอนุญาต (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาตแทน)
<input type="checkbox"/>	เอกสารหรือหลักฐานแสดงการมีหน้าที่หรือวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการวิเคราะห์ (กรณีเพื่อการวิเคราะห์)
<input type="checkbox"/>	โครงการศึกษาวิจัย ซึ่งระบุชื่อ จำนวน หรือปริมาณ และรายละเอียดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์ รวมทั้งกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการมีไว้ในครอบครองภายใต้โครงการศึกษาวิจัยดังกล่าว (กรณีเพื่อการศึกษาวิจัย)
<input type="checkbox"/>	เอกสารหรือหลักฐานที่แสดงว่าได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมที่เลขาธิการ อย. ประกาศกำหนด (กรณีเป็นการศึกษาวิจัยในมนุษย์)
<input type="checkbox"/>	เอกสารหรือหลักฐานที่แสดงว่าได้รับการอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยสัตว์เพื่องานทางวิทยาศาสตร์ (กรณีเป็นการศึกษาวิจัยในสัตว์เพื่องานทางวิทยาศาสตร์)
<input type="checkbox"/>	เอกสารแสดงรายละเอียดการนำยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์ไปใช้เป็นตัวอย่างเพื่อการศึกษา ซึ่งต้องระบุชื่อ จำนวน หรือปริมาณ และรายละเอียดอื่นที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์ดังกล่าว (กรณีเพื่อการศึกษา)
<input type="checkbox"/>	แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานที่ที่ขออนุญาต
<input type="checkbox"/>	แผนผังแสดงที่เก็บยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ประเภท ๓ หรือประเภท ๔ แล้วแต่กรณี
๔. เพื่อใช้ประจำในเรือหรือเครื่องบิน ที่ใช้ในการขนส่งสารอันตรายระหว่างประเทศ สำหรับการปฐมพยาบาลหรือกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน	
<input type="checkbox"/>	หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการที่จะระบุไว้ในใบอนุญาต (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาตแทน)
<input type="checkbox"/>	ใบอนุญาตให้จดทะเบียนในราชอาณาจักรซึ่งเรือหรือเครื่องบินที่ใช้ในการขนส่งสารอันตรายระหว่างประเทศ
<input type="checkbox"/>	ใบอนุญาตใช้เรือ (กรณีเรือ)
<input type="checkbox"/>	ใบรับรองผู้ดำเนินการเดินอากาศ และใบอนุญาตประกอบกิจการการบินพลเรือน (กรณีเครื่องบิน)
<input type="checkbox"/>	เอกสารแสดงรายชื่อ ทะเบียน หรือเอกสารอื่นที่ระบุเรือหรือเครื่องบิน หรือสถานที่ที่จะได้รับอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ประเภท ๓ หรือประเภท ๔
<input type="checkbox"/>	แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานที่ที่ขออนุญาต (ที่ตั้งของสำนักงานใหญ่)
<input type="checkbox"/>	แผนผังแสดงที่เก็บยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ประเภท ๓ หรือประเภท ๔ แล้วแต่กรณี
๕. เพื่อการบำบัดรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์ (เฉพาะกรณีขอมิไว้ในครอบครองวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔)	
<input type="checkbox"/>	ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. ๗) หรือใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์ (สส. ๓)
<input type="checkbox"/>	ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ. ๑๙) หรือใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ (สส. ๔)
<input type="checkbox"/>	ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่งของผู้ดำเนินการตามใบอนุญาตในสถานพยาบาล
<input type="checkbox"/>	หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการที่จะระบุไว้ในใบอนุญาต (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาตแทน)
<input type="checkbox"/>	แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานที่ที่ขออนุญาต
<input type="checkbox"/>	แผนผังแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ แล้วแต่กรณี
<input type="checkbox"/>	รูปถ่ายสถานพยาบาลจำนวน ๒ รูป (๑. แสดงลักษณะอาคาร ๒. ป้ายและเลขที่ของสถานที่ตั้ง)
๖. เพื่อประโยชน์ในทางอุตสาหกรรม (เฉพาะกรณีขอมิไว้ในครอบครองวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔)	
<input type="checkbox"/>	หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการที่จะระบุไว้ในใบอนุญาต (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาตแทน)
<input type="checkbox"/>	เอกสารแสดงกระบวนการทางอุตสาหกรรมที่ใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ เป็นส่วนประกอบ
<input type="checkbox"/>	แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานที่ที่ขออนุญาต
<input type="checkbox"/>	แผนผังแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ แล้วแต่กรณี

ส่วนที่ ๕ การรับรองตนเองและการยินยอมการเปิดเผยข้อมูลของผู้ขออนุญาตหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการ

ข้าพเจ้าผู้ขออนุญาต/ผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการ ยินยอมให้เก็บ รวบรวม และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อประโยชน์
ในทางราชการ และขอให้คำรับรองว่า

- (๑) มีคุณลักษณะและไม่มีลักษณะต้องห้าม ในการเป็นผู้ขออนุญาตตามที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงการอนุญาตมิไว้ในครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ และวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ประเภท ๓ หรือประเภท ๔ พ.ศ. ๒๕๖๘
- (๒) ข้าพเจ้าจะไม่ทำผิดวัตถุประสงค์ตามที่ได้รับอนุญาตมิไว้ในครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ และวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ประเภท ๓ หรือประเภท ๔
- (๓) ข้าพเจ้าจะไม่เปลี่ยนแปลงข้อมูลการมิไว้ในครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ และวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ประเภท ๓ หรือประเภท ๔ ไปจากที่ได้รับอนุญาตไว้ หากมีความประสงค์ที่จะแก้ไขข้อมูลดังกล่าว ข้าพเจ้ารับทราบว่าจะต้องดำเนินการยื่นคำขอรับอนุญาตตามกระบวนการที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงฯ
- (๔) ข้อความข้างต้นที่แจ้งไว้ในคำขอนี้พร้อมทั้งหลักฐานและเอกสารประกอบการขอรับใบอนุญาตทุกฉบับเป็นความจริงถูกต้องและครบถ้วน สมบูรณ์ทุกประการ หากภายหลังปรากฏว่าข้อมูลในคำขอนี้พร้อมทั้งเอกสารหลักฐานประกอบคำขอไม่ตรงกับความเป็นจริง ข้าพเจ้าถือเป็นความรับผิดชอบของข้าพเจ้าเองทั้งสิ้น
- (๕) ข้าพเจ้าได้รับทราบ เข้าใจ และพร้อมที่จะปฏิบัติตามกฎกระทรวงการอนุญาตมิไว้ในครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ และวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ประเภท ๓ หรือประเภท ๔ พ.ศ. ๒๕๖๘ พร้อมทั้งแนวทางและหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดกำหนดทุกประการ

ประทับตรา
นิติบุคคล
(ถ้ามี)

ลงชื่อ..... ผู้ขออนุญาต
(.....)
วันที่.....

หมายเหตุ : ให้รับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ และขีดข้อความที่ไม่ต้องการออก เว้นแต่การส่งทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้ส่งไม่ต้องลงนามรับรอง