

เอกสารประกอบการขออนุญาตและคำแนะนำ

การขออนุญาต ขยายส่งยาแผนปัจจุบัน ข.ย.๔
ตาม พรบ.ยา ๒๕๑๐

งานทะเบียนและใบอนุญาต ของ พระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

โทร. ๐๒ ๓๘๙ ๕๙๘๐ ต่อ ๑๐๖,๑๐๙

<http://www.spko.moph.go.th>

แบบการตรวจสอบเอกสารสำหรับการขออนุญาต ขยายส่งยาแผนปัจจุบัน ข.ย.๔

หมายเหตุ

ชื่อสถานประกอบการ (ผ่านการตรวจสอบชื่อแล้วจาก กลุ่มงานคุ้มครองฯ)

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อ วันนัดตรวจร้าน

(ผู้ขออนุญาต โปรดจัดเรียงเอกสารตามลำดับด้านล่าง เพื่อความรวดเร็วและสะดวกในการตรวจสอบ)

[] บุคคลธรรมดา				
รายการ	ครั้งที่ ๑	ครั้งที่ ๒	ครั้งที่ ๓	
๑. ใบปะหน้า (โปรดกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน พร้อมลงวันที่ในวันที่ยื่นเสนอ)				
๒. คำขอ แบบ ข.ย.๔ (โปรดกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน พร้อมลงวันที่ในวันที่ยื่นเสนอ)				
๓. รูปถ่ายสีของผู้ขออนุญาต ขนาด ๓x๔ ซม. ๓ รูป (รูปถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน)				
๔. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต พร้อมตัวจริง (หนังสือขออนุญาตทำงานที่ออกโดยกระทรวง แรงงานฯ และหนังสือเดินทาง (สำหรับบุคคลต่างด้าว))				
๕. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ขออนุญาต พร้อมตัวจริง				
๖. ใบรับรองแพทย์ของผู้ขออนุญาต (ต้องระบุโรคต้องห้ามตามกฎหมายกระทรวง ได้แก่ โรคเรื้อน, วัณโรคในระยะอันตราย, โรคเท้าช้างในระยะปรากฏ อาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม, โรคติดยาเสพติดให้โทษ อย่างร้ายแรง, โรคพิษสุราเรื้อรัง) (ตัวจริง)				
๗. สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ จำนวน ๓ ชุด (ให้ สสจ. หนึ่งชุด ที่เหลือให้ผู้ขออนุญาตและเภสัชกรผู้มีหน้าที่ฯ)				
๘. หลักทรัพย์ (สมุดเงินฝาก/โฉนดที่ดิน) จำนวนเงินตั้งแต่ ๑๐,๐๐๐ บาทขึ้นไป ๑. หนังสือรับรองเงินฝากจากสถาบันการเงิน ไม่นาน เกิน ๓ เดือน หรือ ๒. สำเนาโฉนดที่ดินที่ไม่ติดภาระผูกพัน พร้อมตัวจริง				
๙. สำเนาสัญญาเช่า (กรณีเช่าสถานที่) หรือ สำเนาหนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่ (พร้อมตัวจริง)				
๑๐. สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ที่ขออนุญาต [] สำเนาสัญญาซื้อ-ขายสิ่งปลูกสร้างฯ หรือ [] สำเนาใบอนุญาตก่อสร้างฯ หรือ [] สำเนาเอกสารอ้างกรรมสิทธิ์				
๑๑. สำเนาบัตรประชาชนของเจ้าของสถานที่ที่ให้เช่า/ ยินยอม				
๑๒. หนังสือมอบอำนาจ ถ้าผู้ขออนุญาตหรือผู้ดำเนินการ ไม่สามารถมาติดต่อด้วยตนเอง พร้อมอากรแสตมป์ ๑๐ บาท				
๑๓. แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานที่ขออนุญาต และแสดงการเดินทางจาก สสจ. ไป ที่สถานที่ขออนุญาต โดยละเอียด				
๑๔. แผนผังแสดงรายละเอียดภายใน โดย ระบุความกว้างยาวของ ด้านต่างๆ ของอาคาร การจัดวางตู้ โต๊ะ และพื้นที่ส่วนบริการต่างๆ โดยแสดงขนาดเป็น หน่วยเมตร อย่างชัดเจน				
๑๕. รายละเอียดรูปถ่ายต่างๆ ของสถานที่ขออนุญาต (ใช้กระดาษสำหรับอัดรูปถ่ายเท่านั้น ห้ามใช้กระดาษ A๔ ธรรมดา) ๑. ภาพลักษณะของอาคารสถานที่ที่ขออนุญาต โดย ตัวอาคารสร้างด้วยวัสดุที่มั่นคง แข็งแรง มีความเป็นสัดส่วนจากสิ่งแวดล้อม ต้องมีการ กำหนดขอบเขตบริเวณที่ชัดเจน (สถานที่ขายต้องมีพื้นที่ต้องไม่น้อยกว่า ๘ ตารางเมตร ตาม GPP ขย.๔) ๒. ภาพด้านหน้าสถานที่ โดยแสดงให้เห็นภาพของป้ายชื่อร้าน พร้อมเลขที่บ้าน อย่างชัดเจน ๓. ภาพบริเวณสำนักงานที่มีโต๊ะทำงานและอุปกรณ์ สำนักงาน ๔. ภาพห้องเก็บยาที่ติดป้ายระบุ ว่า “ห้องเก็บยา” -				

๕. ภาพแสดง สภาพภายในห้องเก็บยา (ชั้นวางยา/พาเลท) ๖. ป้ายแสดงสถานที่ประกอบการ และป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ตามที่กฎหมายกำหนด รูปเพิ่มเติม เพื่อเตรียมรองรับมาตรฐาน GPP. สำหรับ ข.ย.๔ ๗. ภาพแสดง <u>เครื่องปรับอากาศ ที่ติดตั้งในห้องเก็บยา</u> พร้อม เทอร์โมมิเตอร์และแบบบันทึกอุณหภูมิ (ตาม ร่าง GPP. ข้อ ๑.๖ สถานที่ขายยาและพื้นที่เก็บสำรองยาต้องมีสภาพเหมาะสมต่อการรักษาคุณภาพยา โดยต้องมีการถ่ายเทอากาศที่ดี แห่ง สามารถควบคุมอุณหภูมิให้ได้ตามข้อกำหนดของยานั้น ๆ หากไม่กำหนดจะต้องควบคุมอุณหภูมิให้ไม่เกิน ๓๐ องศาเซลเซียส และสามารถป้องกันแสงแดดไม่ให้ส่องโดยตรงถึงผลิตภัณฑ์ยา) ๘. ภาพแสดง ตู้เย็น จำนวนอย่างน้อย ๑ หลัง หรือ ห้องเย็น จำนวน ๑ ห้อง (เฉพาะกรณีมียาที่ต้องเก็บรักษาในอุณหภูมิตามที่กำหนด) พร้อมเทอร์โมมิเตอร์และแบบบันทึกอุณหภูมิ ๙. ภาพแสดง อุปกรณ์ดับเพลิง จำนวน ๑ เครื่อง อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งานสามารถ เข้าถึงง่ายจำนวน ๑ เครื่องต่อพื้นที่ สถานบริการไม่เกิน ๒๐๐ ตารางเมตร (ขนาดบรรจุไม่น้อยกว่า ๔ กิโลกรัม) และติดตั้งสูงจากพื้นไม่เกินกว่า ๑.๕๐ เมตร ห้ามวางบนพื้น ๑๐. ภาพแสดง <u>พาหนะในการจัดส่งยา</u> กรณีที่มีการจัดส่งยานอกสถานที่ ต้องจัดให้มียานพาหนะและอุปกรณ์ที่ใช้ในกระบวนการขนส่งยาที่สามารถประกันคุณภาพของยา ไม่ให้เกิดการเสื่อมสภาพและเสียหายระหว่างการเก็บรักษาและขนส่ง ๑๑. ภาพแสดง <u>เส้นแบ่งหรือขอบเขต</u>ที่ชัดเจนในการจัดแบ่งบริเวณของยาที่ถูกเรียกคืน			
[] นิติบุคคล (บริษัท, ห้างหุ้นส่วนจำกัด) (ให้เพิ่มเอกสารดังนี้)			
๑. หนังสือรับรองจดทะเบียนพร้อมวัตถุประสงค์			
๒. บัญชีรายชื่อผู้ถือหุ้นและสำเนาทะเบียนบ้านของหุ้นส่วนทุกคน			
๓. หนังสือมอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ (ตามแบบมอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการฯ) พร้อมติดอากรแสตมป์ ๓๐ บาท และประทับตราของนิติบุคคล			
๔. สำเนาบัตรประชาชนของกรรมการผู้ลงนามแต่งตั้งฯ			
๕. สำเนาทะเบียนบ้านของกรรมการผู้ลงนามแต่งตั้ง			
๖. หนังสือมอบอำนาจดำเนินการแทน (ในกรณีที่ผู้ยื่นขอ ไม่สามารถมาดำเนินการด้วยตนเองได้) พร้อมติดอากร ๑๐ บาท และสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบและผู้รับมอบอำนาจ			
[] ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (เภสัชกร)			
๑. <u>คำรับรอง (แบบ ข.ย.๑๔) (ยังไม่ต่อเซ็นชื่อ) พร้อม</u> <u>คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน (แบบ ข.ย. ๑๔ หน้า ๓)</u> - กรณีเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเป็นผู้มีงานประจำ ให้ลงรายละเอียดให้ครบถ้วน โดยผู้เซ็นชื่อคือผู้มีอำนาจสูงสุดของบริษัทหรือหัวหน้าส่วนราชการนั้นๆ พร้อมตราประทับของหน่วยงาน - กรณีที่ไม่มีงานประจำ ให้ลงนามรับรองว่าไม่มีงานประจำในแบบฟอร์มคำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงานด้านล่าง)			

๒. ใบรับรองแพทย์ของผู้มีหน้าปฏิบัติการ ไม่เกิน ๓ เดือน (ตัวจริง) (ต้องระบุโรคต้องห้ามตามกฎกระทรวง ได้แก่ โรคเรื้อน, วัณโรคในระยะอันตราย, โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม, โรคติดยาเสพติดให้โทษ อย่างร้ายแรง, โรคพิษสุราเรื้อรัง)			
๓. สำเนาทะเบียนบ้าน (พร้อมตัวจริง)			
๔. สำเนาบัตรประชาชน (พร้อมตัวจริง)			
๕. สำเนาใบประกอบโรคศิลปะ (พร้อมตัวจริง)			
๖. อื่นๆ.....			

ตามที่ท่านได้ยื่นคำขออนุญาตพร้อมเอกสารต่างๆ ให้กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้อง แล้วพบว่า

ครั้งที่ ๑. วันที่..... () ครบถ้วนถูกต้อง () ไม่ครบถ้วนถูกต้อง เนื่องจาก ขาดเอกสาร

หมายเลข.....

และให้แก้ไข.....

ลายมือชื่อ..... ลายมือชื่อ.....

(ผู้ยื่น หรือ ผู้รับมอบอำนาจ)

(ผู้รับเอกสาร)

ครั้งที่ ๒. วันที่..... () ครบถ้วนถูกต้อง () ไม่ครบถ้วนถูกต้อง เนื่องจาก ขาดเอกสาร

หมายเลข.....

และให้แก้ไข.....

ลายมือชื่อ..... ลายมือชื่อ.....

(ผู้ยื่น หรือ ผู้รับมอบอำนาจ)

(ผู้รับเอกสาร)

ครั้งที่ ๓. วันที่..... () ครบถ้วนถูกต้อง () ไม่ครบถ้วนถูกต้อง เนื่องจาก ขาดเอกสาร

หมายเลข.....

และให้แก้ไข.....

ลายมือชื่อ..... ลายมือชื่อ.....

(ผู้ยื่น หรือ ผู้รับมอบอำนาจ)

(ผู้รับเอกสาร)

ดังนั้น จึงขอให้ท่านจัดเตรียมเอกสารดังกล่าวให้ครบถ้วน แล้วนำมายื่นใหม่โดยเร็ว โดยในระหว่างการดำเนินการยื่นเอกสารนั้น ห้ามเปิดดำเนินการกิจการ จนกว่าจะได้รับอนุญาตจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

*** โปรดอ่าน ***

ในวันที่ ท่านนำชุดเอกสารคำขอฯ มายื่น โปรดเอกสารให้ครบ เอกสารที่เป็น
สำเนาให้เซ็นรับรองสำเนาให้ครบถ้วน พร้อมตัวจริง และ จัดเรียงลำดับตาม

ตารางข้างต้นให้เรียบร้อย

หากเอกสารไม่ครบหรือเอกสารที่ต้องแสดงเอกสารตัวจริง ไม่ได้นำมาแสดง
เมื่อเจ้าหน้าที่จะตรวจสอบพบว่าไม่ครบหรือไม่ถูกต้องก็จะส่งคืนให้ท่าน
กลับไปดำเนินการใหม่

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค
และเภสัชสาธารณสุข
เลขรับ
วัน เดือน ปี.....
นัดตรวจ.....
ลงชื่อผู้รับ.....

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขออนุญาต.....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ยื่นขออนุญาตตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ.2510 ของสถานประกอบการ ประเภท ☐ ผลิต ☐ ขาย ☐ นำส่งฯฯฯ

แผน.....ชื่อ.....ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....

ถนน.....ซอย.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัดสมุทรปราการ โทรศัพท์.....โดยมีผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการชื่อ.....

ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะเลขที่.....แผน.....สาขา.....

ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

() ขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน ประเภท.....

() รายการที่ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยื่นคำขออนุญาต

1) เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

- () เห็นควรอนุญาตตามพระราชบัญญัติ.....
- () เห็นควรส่งเรื่องให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาดำเนินการต่อไป
- () เห็นควรตรวจสอบสถานที่ ในวันที่.....

โดย. 1.....

2.....

3.....

.....
(.....)

ผู้ดำเนินการ

.....

.....

2) เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว และเป็นอำนาจของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

ตาม () พระราชบัญญัติ..... มาตราที่.....

() หนังสือมอบอำนาจของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่ 112/2547 ข้อ.....

เห็นควร.....

.....
(.....)

ผู้ดำเนินการ

.....

.....

ที่ปิดรูปถ่าย
ผู้รับอนุญาต
ขนาด ๓ x ๔ ซม.

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อ ผู้ยื่นคำขอ

คำขออนุญาตขายส่งยาแผนปัจจุบัน

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

ขอรับใบอนุญาตขายส่งยาแผนปัจจุบันโดยมีสถานที่ขายยาชื่อ

อยู่เลขที่ ตรอก / ซอย ถนน

หมู่ที่ ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต

จังหวัด โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ

ลักษณะการประกอบการ ^(๑)

- ☐ ขายส่งยาสำเร็จรูป
☐ ขายส่งเภสัชเคมีภัณฑ์

^(๑) ให้ตอบมากกว่า ๑ ข้อ ในกรณีที่มีลักษณะการประกอบการมากกว่าหนึ่งลักษณะโดยการตอบจะมีผลต่อการประเมินความพร้อมของสถานที่ อุปกรณ์ และการดำเนินการตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน เพื่อประกอบการอนุญาต

โดยมี เกสักรชั้น ชื่อ

เลขที่บัตรประชาชน

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเกสักรมเลขที่

(ถ้ามีมากกว่าหนึ่งคนให้แจ้งเพิ่มเติมท้ายคำขอนี้จนครบ)

เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา ๔๐ (ทวิ) แห่งพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐

เวลาทำการ (เวลาปฏิบัติการ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าในระยะเวลาสองปีก่อนยื่นคำขอนี้ ข้าพเจ้าไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุด หรือคำสั่งที่ขอด้วยกฎหมายให้จำคุกในความผิดที่กฎหมายบัญญัติ ให้ถือเอาการกระทำโดยทุจริตเป็นองค์ประกอบ หรือในความผิดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ 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) แห่งพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐
- (๕) สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและเกสักร ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต
- (๖) สำเนาหรือรูปถ่ายใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเกสักรมของเกสักรทุกคน ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต
- (๗) เอกสารแสดงว่าเป็นผู้ดำเนินกิจการ (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)
- (๘) เอกสารอื่น ๆ ถ้าจำเป็น

(ลายมือชื่อ).....ผู้ขออนุญาต

(.....ตัวบรรจง)

แผนที่ตั้งของสถานที่.....
.....

แสดงให้เห็นชัดเจนถึงตำแหน่งที่ตั้งของสถานที่

1. ระบุ ถนน / ตรอก / ซอย / แยก / ลีอก
2. จุดสังเกต หรือ สถานที่สำคัญที่บุคคลทั่วไปรู้จัก
3. ป้ายร้านค้า หรือป้ายที่เป็นจุดสังเกตได้ง่าย
4. สามารถอ่านได้ง่าย / สามารถวาดด้วยปากกาได้ ไม่จำเป็นต้องพิมพ์
5. หากพิมพ์มาจากโปรแกรม / แอปพลิเคชันต่างๆ ต้องระบุรายละเอียดข้างต้นให้ครบ

หมายเหตุ หากวาด ต้องลงหมึก

ขอรับรองว่าเป็นความจริง

ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

➤ อาคารพาณิชย์ / ตึกแถว

- ถ่ายรูปภายนอกอาคาร ให้เห็นครบทุกชั้น

➤ ภายในอาคาร / ห้างสรรพสินค้า

- ถ่ายรูปภายนอกอาคาร ให้เห็นภาพรวมของสถานที่

1.ภาพลักษณะของอาคารสถานที่ขออนุญาต

➤ ป้ายชื่อร้าน / เลขที่ตั้ง

- ถ่ายรูปบริเวณหน้าร้าน ให้เห็นป้ายชื่อร้าน พร้อมทั้งเลขที่ตั้งสถานที่ให้ชัดเจนจากภายนอกอาคาร
- ป้ายชื่อร้านต้องมีภาษาไทยกำกับ (กรณีชื่อร้านเป็นภาษาอังกฤษ หรือตัวเลข)
- กรณีระบุตัวเลขสาขา ให้ใช้ได้เฉพาะตัวเลขไทยหรืออารบิกเท่านั้น
- “ ขยายโดยเกสซกร ” ใช้ได้เฉพาะกรณีผู้รับอนุญาตมีใบประกอบวิชาชีพเกสซกรรม
- ชื่อร้าน “ ชื่อบุคคล + เกสซ ” (ตัวอย่าง เช่น สมชายเกสซ) ใช้ได้กรณีผู้รับอนุญาตมีใบประกอบวิชาชีพเกสซกรรม
- ป้ายร้านรวมถึงเลขที่ตั้ง ต้องเป็นป้ายถาวร แน่นหนา ไม่สามารถเคลื่อนย้ายหรือชำรุดได้ง่าย

2.ด้านหน้าสถานที่ (ป้าย,เลขที่)

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

.....

➤ ถ่ายรูปบริเวณสำนักงานที่มีโต๊ะทำงาน และอุปกรณ์สำนักงาน

3.บริเวณสำนักงาน

➤ ถ่ายรูปป้ายระบุ “ห้องเก็บยา” เป็นป้ายที่ทำจากวัสดุที่คงทน ถาวร

4.ห้องเก็บยาที่ติดป้ายระบุ “ห้องเก็บยา”

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

.....

➤ ต้องจัดให้มีเฉพาะชั้นวาง หรือ พาเลต(pallet) เท่านั้น

5. สภาพภายในห้องเก็บยา (ชั้นวางยา)

➤ ลักษณะ สี และขนาดของป้ายตามที่กำหนดในกฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ.๒๕๕๖

6. ป้ายแสดงสถานที่ประกอบการ และป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ลงชื่อ.....

คำรับรองของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน
เกี่ยวกับการจัดให้มีเภสัชกรมาอยู่ปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาที่เปิดทำการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

เป็นผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันชื่อ.....

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

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

จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าได้ทราบ และเข้าใจในหน้าที่ความรับผิดชอบ ของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.๒๕๑๐ ในการจัดให้มีเภสัชกรอยู่ปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาทำการ และหากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามที่กฎหมายกำหนด ข้าพเจ้าต้องรับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด รวมถึงอาจไม่สามารถต่ออายุใบอนุญาตได้ ตามเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวงว่าด้วยการขออนุญาต และการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ.๒๕๕๖

ข้าพเจ้าอ่าน และเข้าใจถ้อยคำดังกล่าวทั้งหมด จึงลงลายมือชื่อเป็นสำคัญ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้รับอนุญาต

คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการสำหรับการปฏิบัติการที่ร้านขายยาในจังหวัดสมุทรปราการ

เขียนที่..สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....๒๕๕.....

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี สัญชาติ.....

เลขประจำตัวบัตรประชาชน อยู่เลขที่..... ซอย.....

ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

ขอให้คำรับรอง ต่อพนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดสมุทรปราการว่า

(๑) ข้าพเจ้าเป็น () ผู้ประกอบโรคศิลปะแผน [☐ ปัจจุบัน ☐ โบราณ] ชั้นหนึ่ง สาขา...เภสัชกรรม

ใบอนุญาตเลขที่..... ออกให้ ณ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

(๒) ข้าพเจ้าจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำ ณ สถานที่ () ผลิต () ขาย () นำหรือสั่ง ยาแผน

[☐ ปัจจุบัน..... ☐ โบราณ] ชื่อ..... อยู่เลขที่..... หมู่ที่.....

ซอย..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

โดยข้าพเจ้าจะอยู่ตลอดเวลาที่เปิดทำการ (เวลาเปิดทำการจำหน่ายของร้าน) ข้าพเจ้าทราบดีว่า หากข้าพเจ้าไม่มาปฏิบัติหน้าที่และ/หรือ พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจพบว่า ข้าพเจ้าไม่อยู่ในเวลาดังกล่าว ข้าพเจ้ายินดีให้ดำเนินการตาม พระราชบัญญัติยาและยินดีให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ส่ง ชื่อของข้าพเจ้าให้ สภาเภสัชกรรมแห่งประเทศไทย ดำเนินการพิจารณาความผิดทางวิชาชีพต่อไป

ข้าพเจ้ารับทราบเข้าใจและยินยอมปฏิบัติตามคำรับรองนี้โดยเคร่งครัด

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ให้คำรับรอง

()

โปรดลงลายมือชื่อต่อหน้าคณะกรรมการพิจารณาอนุญาตด้านยา

(ลายมือชื่อ)..... ผู้รับอนุญาต

()

(ลายมือชื่อ)..... พนักงานเจ้าหน้าที่

()

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
(เฉพาะสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ)

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 (ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด)

(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



ตราประทับหน่วยงาน

.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เฉพาะกรณีที่เอกสารไม่ได้รับราชการ หรือ ทำงานประจำ (ให้กรอกข้อความ อ่านและลงนามข้างล่างนี้)

ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่ได้รับราชการหรือท างานประจำที่ได้

ทั้งนี้ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

ลงชื่อ.....

(.....)

เอกสารผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

สัญญาระหว่าง.....ในนามของ.....

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

จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “ผู้รับอนุญาต” ฝ่ายหนึ่งกับ

() การบำบัดโรคสัตว์

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

() วิชา

ชั้น..... ใบอนุญาตเลขที่..... ซึ่งต่อไปในสัญญาเรียกว่า “ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ” อีกฝ่ายหนึ่ง
ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำสัญญานี้เพื่อปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.๒๕๑๐ ร่วมกัน โดยมีข้อความดังต่อไปนี้

๑. ผู้รับอนุญาตยินยอมและตกลงให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเข้าปฏิบัติหน้าที่ ณ
ของผู้รับอนุญาต เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.๒๕๑๐ ตั้งแต่วันที่ทำสัญญาเป็นต้นไป

๒. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการยินยอมรับปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ ในหน้าที่ที่กำหนดไว้ตามข้อ ๑.
ของสัญญานี้ทุกประการ

๓. ผู้รับอนุญาตยินยอมจ่ายเงินค่าทดแทนเป็นรายเดือนให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เดือนละ.....บาท
(.....) ภายในวันสิ้นเดือนปฏิทินทุก ๆ เดือน

๔. หนังสือสัญญานี้มีอายุสัญญา จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.

๕. หากคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดบอกเลิกสัญญาก่อนครบกำหนดตามข้อ ๔ ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้อีกฝ่ายหนึ่ง
ทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า.....วัน และต้องแจ้งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการทราบตามกฎหมายด้วย

๖. หากต้องมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทำอยู่ เพื่อให้การปฏิบัติการได้เป็นไป
โดยถูกต้องตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.๒๕๑๐ และกฎกระทรวงซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าว ผู้รับอนุญาต
ยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกประการ

๗. ภาษีเงินได้ที่จะต้องเสียตามกฎหมายผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตกลงกันว่า.....เป็นผู้เสีย

๘. หากปรากฏว่าคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใด ไม่ปฏิบัติตามสัญญานี้แม้แต่ข้อหนึ่งข้อใด สัญญานี้เป็นอันยกเลิกทันที
โดยคู่สัญญาไม่ต้องปฏิบัติตามข้อ ๕ และคู่สัญญามีสิทธิที่จะฟ้องเรียกค่าเสียหายได้ตามกฎหมาย หากมีการฟ้องร้องกันขึ้นทั้ง
สองฝ่ายตกลงกันว่า ฝ่ายหนึ่งซึ่งผิดสัญญาจะต้องเป็นผู้ชดใช้ค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้อง เช่น ค่าทนาย และ ค่าธรรมเนียมศาลหรืออื่น
ๆ เป็นต้น

๙. สัญญานี้ทำขึ้นเป็นสามฉบับมีข้อความตรงกัน คู่สัญญาต่างยึดถือไว้คนละหนึ่งฉบับและมอบให้สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดสมุทรปราการ เก็บไว้เป็นหลักฐานหนึ่งฉบับ

คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายต่างเข้าใจข้อความในสัญญานี้ดีแล้ว จึงได้ลงชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ขออนุญาต

(ลงชื่อ).....ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

(ลงชื่อ).....พยาน

หนังสือมอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

(ชื่อและประเภทนิติบุคคล) สำนักงานใหญ่ ตั้งอยู่เลขที่..... ตรอก/ซอย.....

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

จังหวัด..... โดยมี.....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการแทนนิติบุคคล ปราบปรามหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล กระทรวงพาณิชย์

เลขที่..... ลงวันที่..... ขอมอบอำนาจและแต่งตั้งให้

.....เป็นผู้ดำเนินการและมีอำนาจทำการ หรือมอบอำนาจ

ให้กระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการเกี่ยวกับการขออนุญาต การรับใบอนุญาต การต่ออายุใบอนุญาตและ

กิจการอื่นใดทุกประการเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา ไม่รวมถึงการแจ้งเลิกกิจการ

และ การขอเปลี่ยนผู้รับอนุญาต

(ประเภทใบอนุญาต)

การใดที่ผู้ดำเนินการและผู้รับมอบอำนาจดังกล่าว ได้กระทำภายใต้ขอบเขตแห่งการ

มอบอำนาจนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองและรับรองผู้ดำเนินการทุกประการ ทั้งนี้

ตั้งแต่วันที่.....

(ลงชื่อ)..... ผู้มอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ

(.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้มอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ

(อากร.....)

แสดงมี..... ผู้รับมอบอำนาจ

30 บาท).....

(ลงชื่อ)..... พยาน

(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน

(.....)

หมายเหตุ 1. ใช้หนังสือมอบอำนาจนี้ 1 ฉบับ-สำหรับใบอนุญาต 1 ประเภท (สำหรับนิติบุคคล)

2. การมอบอำนาจต้องทำตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล

หนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

- ☐ ผู้รับอนุญาต ☐ ผู้ดำเนินกิจการ ☐ ผู้ขออนุญาต
- ☐ ขยายยาแผนปัจจุบัน ☐ นำหรือสั่งยาแผนปัจจุบัน ฯ ☐ ผลิตยาแผนปัจจุบัน
- ☐ ขยายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
- ☐ ขยายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์
- ☐ ขยายยาแผนโบราณ ☐ นำหรือสั่งยาแผนโบราณ ฯ ☐ ผลิตยาแผนโบราณ

ของ ร้าน / หจก. / หสน. / บริษัท.....

ใบอนุญาตเลขที่..... ตั้งอยู่ที่.....

ขอมอบอำนาจให้.....

☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ บัตรประจำตัวข้าราชการ เลขที่.....

ออกให้โดย.....บัตรหมดอายุ.....

เป็นผู้กระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการเกี่ยวกับ การขออนุญาต การรับใบอนุญาต การต่อใบอนุญาต ลงนามเป็นผู้ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต การแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาต และ กิจการอื่นใดทุกประการ เกี่ยวกับการประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา สำหรับใบอนุญาตดังกล่าวข้างต้น

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายใต้ขอบเขตแห่งการมอบอำนาจนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบ และมีผลผูกพันข้าพเจ้าทุกประการ ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

ปิด

อากรแสตมป์

10 บาท

หนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....เจ้าของอาคาร

ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ขอทำหนังสือฉบับนี้ขึ้นเพื่อแสดงว่า ข้าพเจ้ายินยอมให้.....
ใช้สถานที่ ตามที่อยู่ดังกล่าวข้างต้น ในการประกอบกิจการ..... ได้
ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เป็นต้นไป จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ขอรับรองว่าหนังสือฉบับนี้ได้ทำขึ้นโดยถูกต้องตามความเป็นจริง ทุกประการ

ลงชื่อ.....เจ้าของอาคาร

ลงชื่อ.....พยาน

ลงชื่อ.....พยาน