

หน้าที่ ๑...สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก *
แนบมาพร้อมรายการเอกสารชุดคำขอ

☐ ขอใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ (๓๐ วัน ตรวจสถานที่)	☐ ขอต่ออายุใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ (๑๐ วัน)
☐ ขอย้ายหรือเปลี่ยนสถานที่ขายหรือสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ (๓๐ วัน ตรวจสถานที่)	☐ ขอรับใบแทนใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ (๑๐ วัน)
☐ ขอแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ (๑๐ วัน)	

ชื่อ-สกุล ผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่น).....โทรศัพท์.....

○ ครั้งที่ ๑ ตรวจสอบเอกสารเบื้องต้น ครบถ้วน เจ้าหน้าที่ (OSCC) รับเอกสารเพื่อรอการตรวจสอบ วันที่.....	
ลงชื่อเจ้าหน้าที่ตรวจสอบเบื้องต้น	กรณีเอกสารไม่ครบถ้วนตามข้อกำหนดกองเครื่องมือแพทย์ ให้ติดต่อ ชื่อ-สกุล..... โทร.....
ลงชื่อ ○ ผู้ยื่นคำขอ	
○ ผู้รับมอบอำนาจ	

○ ครั้งที่ ๒ งานเครื่องมือแพทย์รับเอกสาร ว/ด/ป.....ตรวจสอบเอกสารพบข้อบกพร่อง / เอกสารหลักฐาน ไม่ครบ ได้แก่

รับทราบข้อบกพร่องและจะแก้ไขให้แล้วเสร็จภายใน.....วันทำการ นับแต่วันถัดจากวันที่รับคำขอ (ถ้ามี) เจ้าหน้าที่แจ้งให้แก้ไข ว/ด/ป..... ☐ โทรศัพท์ ☐ Line official ☐ ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ วันที่	ต้องแก้ไขให้แล้วเสร็จภายใน.....วันทำการ นับแต่วันที่ได้รับคำขอ ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้พิจารณา วันที่
--	---

การแก้ไขข้อบกพร่อง ข้าพเจ้าได้อ่านเอกสารแก้ไขข้อบกพร่อง จำนวนรายการ ตามที่ระบุในบันทึกข้อบกพร่องแล้ว ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ วันที่	การแก้ไขข้อบกพร่อง ☐ แก้ไขข้อบกพร่อง ☐ ไม่แก้ไข ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้พิจารณา วันที่
---	---

○ เอกสารครบถ้วนถูกต้องทุกรายการ

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต/ผู้อื่นคำขอ ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้พิจารณา
วันที่..... วันที่.....

○ วันที่นัดตรวจสถานที่.....

ลายมือชื่อ.....ผู้อนุญาต

นางสาวณัฐยาภรณ์ วงศ์บุญเกื้อกูล
หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค
วันที่...../...../.....