

ที่ สป ๐๐๓๓.๐๐๔/

Scmb



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
๑๙ ซอย ๓๕ อีศวนนท์ ๒ สป ๑๐๒๗๐

๒๓

กันยายน ๒๕๖๘

เรื่อง การขอรับใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภท ๒ ใบอนุญาตอนุญาตมีไว้ในครอบครอง
ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ใบอนุญาตจำหน่ายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ใบอนุญาตมีไว้ใน
ครอบครองวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ และใบอนุญาตมีไว้ในครอบครองวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๔
เพื่อใช้ในปี พ.ศ. ๒๕๖๙

เรียน ผู้รับอนุญาตฯ

- | | |
|--|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. หนังสือแจ้งความประสงค์ขอใช้งานระบบ e-submission | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. ใบตรวจรับเอกสารประกอบการขอรับใบอนุญาตวัตถุเสพติด | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. หนังสือมอบอำนาจให้ผู้ยื่นมายื่นเอกสารแทน (กรณีไม่ได้มายื่นด้วยตัวเอง) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. หนังสือแจ้งเลิกกิจการ/ไม่ขอต่ออายุใบอนุญาต | จำนวน ๑ ชุด |

ด้วย กฎกระทรวงการอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์
ในประเภท ๒ พ.ศ. ๒๕๖๗ มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๗ และกฎกระทรวงการอนุญาต
มีไว้ในครอบครองยาเสพติดให้โทษประเภท ๒ และวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ประเภท ๓ และประเภท ๔
พ.ศ. ๒๕๖๘ มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๘ วางหลักให้ใบอนุญาตที่ออกตั้งแต่วันที่
วันที่ประมวลกฎหมายยาเสพติดใช้บังคับจนถึงวันก่อนวันที่กฎหมายนี้ใช้บังคับให้คงใช้ได้ต่อไปจนถึง
วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๘ ดังนั้นใบอนุญาตที่ท่านเคยได้รับอนุญาตจะสิ้นอายุในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๘ นั้น

หากท่านประสงค์จะดำเนินการเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์
ในประเภท ๒ ประเภท ๓ และประเภท ๔ ที่คงเหลือต่อไป จะต้องยื่นคำขอรับใบอนุญาตฉบับใหม่
ก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ โดยให้ยื่นคำขอรับใบอนุญาตภายในวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๘ ระยะเวลาเริ่มยื่น
คำขอรับใบอนุญาตตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ ถึง ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๘ ช่องทางสอบถามรายละเอียด
การขอรับใบอนุญาต โทร. ๐๒ ๓๘๙ ๕๙๘๐ ต่อ ๑๐๗ หรือไลน์ไอดี: @FDA11

ทั้งนี้ ขั้นตอนการยื่นคำขอรับใบอนุญาตสำหรับผู้รับอนุญาตรายเดิม (กรณีไม่มีการ
เปลี่ยนแปลงผู้รับอนุญาต) สามารถดำเนินการได้ ๒ ช่องทาง คือ

๑. ยื่นคำขอรับใบอนุญาตด้วยตัวเองผ่านระบบ e-submission ทางเว็บไซต์ออนไลน์
<https://privus.fda.moph.go.th> โดยต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๘
ท่านสามารถศึกษาวิธีการยื่นตาม QR CODE ที่ปรากฏท้ายหนังสือ กรณีสิทธิการเข้าใช้งานระบบหมดอายุ
ให้ท่านยื่นหนังสือแจ้งความประสงค์ขอใช้งานระบบฯ (รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑) ณ สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ สิทธิการเข้าใช้งานระบบมีอายุ ๑ ปี นับแต่วันที่ยื่นเอกสาร

/๒. กรณีประสงค์....

๒. กรณีประสงค์ให้เจ้าหน้าที่เป็นผู้ยื่นเอกสารแทนในระบบ ท่านสามารถจัดเตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้องตามรายการของใบตรวจรับเอกสาร (รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒) แล้วนำมายื่นด้วยตัวเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อื่นมายื่นแทน ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ พร้อมชำระค่าคำขอรับใบอนุญาตและค่าธรรมเนียมใบอนุญาตภายในวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๘

ทั้งนี้ หากท่านไม่ปฏิบัติตามกฎหมายจะมีความผิดตามพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๔ มีบทลงโทษแล้วแต่กรณีดังต่อไปนี้

๑. หากท่านจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ โดยไม่ได้รับอนุญาต อันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา ๙๑ จะมีบทลงโทษตามมาตรา ๑๔๖ แห่งประมวลกฎหมายยาเสพติด คือ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน ๑๐ ปี และปรับไม่เกินหนึ่งล้านบาท

๒. หากท่านจำหน่ายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ โดยไม่ได้รับอนุญาต อันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา ๙๔ จะมีบทลงโทษตามมาตรา ๑๔๙ (๒) แห่งประมวลกฎหมายยาเสพติด คือ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน ๗ ปี และปรับไม่เกินเจ็ดแสนบาท

๓. หากท่านครอบครองวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ โดยไม่ได้รับอนุญาต อันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา ๙๔ จะมีบทลงโทษตามมาตรา ๑๔๙ (๓) แห่งประมวลกฎหมายยาเสพติด คือ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน ๕ ปี และปรับไม่เกินห้าแสนบาท

๔. ผู้รับอนุญาตจะต้องจัดทำบัญชีและเสนอรายงานตามแบบที่เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยากำหนด กรณีฝ่าฝืนอาจถูกตักเตือน พักใช้ หรือเพิกถอนใบอนุญาตตามกฎหมายกระทรวงที่ออกตามประมวลกฎหมายยาเสพติด

๕. กรณีไม่ประสงค์ดำเนินการกิจการเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ประเภท ๓ และประเภท ๔ ท่านจะต้องยื่นหนังสือแจ้งเลิกกิจการ/ไม่ขอต่ออายุใบอนุญาต (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๔) ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ก่อนวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๘

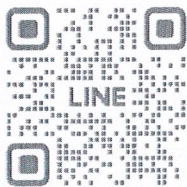
จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการภายในระยะเวลาที่กำหนด

ขอแสดงความนับถือ



นายบรรณาส ผูกตาว

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ



ไลน์ไอดี: @FDA11



วิธีการยื่นคำขอ

ผ่านระบบ e-submission

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

โทร. ๐ ๒๓๘๙ ๕๙๘๐ ต่อ ๑๐๗

โทรสาร ๐ ๒๓๘๕ ๑๐๓๔



หนังสือแจ้งความประสงค์ขอใช้งานระบบสารสนเทศเกี่ยวกับวัตถุเสพติด
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
กรณีผู้ดำเนินการขอใช้งานระบบด้วยตนเอง

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเข้าใช้งานระบบสารสนเทศของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในระบบงานวัตถุเสพติด

เรียน ผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติด

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

เลขบัตรประชาชน.....ในฐานะผู้ดำเนินการ

ตามใบอนุญาต..... เลขที่ใบอนุญาต.....

ของสถานประกอบการชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่.....

โทรศัพท์..... ชื่อผู้รับอนุญาต.....

เลขทะเบียนนิติบุคคลหรือเลขบัตรประชาชนของผู้รับอนุญาต.....

มีความประสงค์ขอเข้าใช้งานระบบสารสนเทศระบบงานวัตถุเสพติด ของ อย. ดังนี้

การยื่นคำขอรับใบอนุญาต/การแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตหรือหนังสือรับรอง การยื่นขอต่ออายุ การยื่นขอ ใบแทน

และการขอรับใบอนุญาตและการขอรับใบอนุญาต

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 1 | ☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 | ☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 |
| ☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 | ☐ ยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 | ☐ ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 |
| ☐ ยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 | ☐ ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 | ☐ กัญชา |
| ☐ กัญชา | ☐ กาเฟอีน | ☐ โฆษณา |

การบันทึกข้อมูลรายงานประจำเดือน/ปี และรายงานรับจ่ายเกี่ยวกับวัตถุเสพติด

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ รายงานวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 1 | ☐ รายงานวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 | ☐ รายงานวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 |
| ☐ รายงานวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 | ☐ รายงานยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 | ☐ รายงานยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 |
| ☐ รายงานยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 | ☐ รายงานยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 | ☐ รายงานกาเฟอีน |
| ☐ รายงานกัญชา | ☐ รายงานกัญชา | ☐ รายงานสถานพยาบาล |
| ☐ รายงานผู้ผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย ครอบครอง | | |

ทั้งนี้ข้าพเจ้ารับทราบ และยินดีปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการเข้าใช้สารสนเทศ ของ
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในระบบงานวัตถุเสพติด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ.....ผู้ขอใช้งานระบบ/ผู้ดำเนินการ

(.....)



หนังสือแจ้งความประสงค์ขอใช้งานระบบสารสนเทศเกี่ยวกับวัตถุเสพติด

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

กรณีผู้รับมอบอำนาจขอใช้งานระบบ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเข้าใช้งานระบบสารสนเทศของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในระบบงานวัตถุเสพติด

เรียน ผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติด

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

เลขบัตรประชาชน..... ในฐานะผู้ดำเนินการ

ตามใบอนุญาต..... เลขที่ใบอนุญาต.....

ของสถานประกอบการชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่.....

โทรศัพท์..... ชื่อผู้รับอนุญาต.....

เลขทะเบียนนิติบุคคลหรือเลขบัตรประชาชนของผู้รับอนุญาต.....

มีความประสงค์และยินยอมให้ (นาย/นาง/นางสาว).....

เลขบัตรประชาชน..... เป็นผู้รับมอบอำนาจ มีอำนาจในการกระทำการแทน

ข้าพเจ้าในการเข้าใช้งานระบบสารสนเทศของ อย. ในระบบงานวัตถุเสพติด ของ อย. ดังนี้

การยื่นคำขอรับใบอนุญาต/การแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตหรือหนังสือรับรอง การยื่นขอต่ออายุ การยื่นขอ ใบ
แทนและการขอรับใบอนุญาตและการขอรับใบอนุญาต

☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 1

☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2

☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3

☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4

☐ ยาเสพติดให้โทษในประเภท 1

☐ ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2

☐ ยาเสพติดให้โทษในประเภท 4

☐ ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5

☐ กัญชง

☐ กัญชา

☐ กาเฟอีน

☐ โฆษณา

การบันทึกข้อมูลรายงานประจำเดือน/ปี และรายงานรับจ่ายเกี่ยวกับวัตถุเสพติด

☐ รายงานวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 1

☐ รายงานวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2

☐ รายงานวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3

☐ รายงานวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4

☐ รายงานยาเสพติดให้โทษในประเภท 1

☐ รายงานยาเสพติดให้โทษในประเภท 2

☐ รายงานยาเสพติดให้โทษในประเภท 4

☐ รายงานยาเสพติดให้โทษในประเภท 5

☐ รายงานกาเฟอีน

☐ รายงานกัญชง

☐ รายงานกัญชา

☐ รายงานสถานพยาบาล

☐ รายงานผู้ผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย ครอบครอง

โดยมีอำนาจในการกระทำการแทนข้าพเจ้าได้ตั้งแต่วันที่.....จนถึง.....ทั้งนี้มิมีระยะไม่เกิน 1 ปี การใดที่

(นาย/นาง/นางสาว).....ได้กระทำลงไป ภายใต้เงื่อนไขของหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้ ให้ถือเสมือน

หนึ่งว่าข้าพเจ้าได้กระทำการนั้น ด้วยตัวของข้าพเจ้าเองทุกประการ และข้าพเจ้าขอรับผิดชอบทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ติดอากรแสตมป์

30 บาท ประทับตรา

บริษัทฯ (ถ้ามี)

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ/ผู้ดำเนินการ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)



สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดสมุทรปราการ

ใบตรวจรับเอกสารประกอบการขอรับใบอนุญาตวัตถุเสพติด

(กรณีประสงค์ให้เจ้าหน้าที่เป็นผู้ยื่นเอกสารแทนในระบบ)

โปรดระบุ ชื่อสถานที่.....
(ให้ครบถ้วน) ชื่อผู้ขอรับใบอนุญาต.....
เลขนิติบุคคล/เลขบัตรประชาชน (ของผู้ขอรับใบอนุญาต).....

รายการเอกสารและหลักฐานสำหรับการขอรับใบอนุญาต

สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

มี

ไม่มี

ถูกต้อง

ไม่ถูกต้อง

๑) สำเนาใบอนุญาต (รูปแบบเดิม)

- ☐ สำเนาใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภท ๒
- ☐ สำเนาใบอนุญาตมีไว้ในครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒
- ☐ สำเนาใบอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒
- ☐ สำเนาใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓
- ☐ สำเนาใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๔

หลักฐานเอกสารเพิ่มเติม (กรณีเอกชน)

- ☐ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.๓) หรือ ใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์ (สส.๓)
- ☐ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สพ.๑๔) หรือ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ (สส.๔)
- ☐ หลักฐานอื่นๆ ตามวัตถุประสงค์ในการขอรับใบอนุญาต
โปรดระบุ
.....

รายการชำระ

จำนวน (บาท)

เลขที่ใบเสร็จ

ค่าคำขอใบอนุญาตแต่ละประเภท

- ☐ ค่าคำขอรับใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภท ๒
- ☐ ค่าคำขอรับใบอนุญาตมีไว้ในครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒
- ☐ ค่าคำขอรับใบอนุญาตจำหน่ายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒
- ☐ ค่าคำขอรับใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓
- ☐ ค่าคำขอรับใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๔

๕๐๐.-
๕๐๐.-
๕๐๐.-
๕๐๐.-
๕๐๐.-
๕๐๐.-

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ค่าธรรมเนียมการขอรับใบอนุญาตแต่ละประเภท

- ☐ ค่าคำขอรับใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภท ๒
- ☐ ค่าคำขอรับใบอนุญาตมีไว้ในครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒
- ☐ ค่าคำขอรับใบอนุญาตจำหน่ายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒
- ☐ ค่าคำขอรับใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓
- ☐ ค่าคำขอรับใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๔

๒,๐๐๐.-
๑,๐๐๐.-
๒,๐๐๐.-
๑,๐๐๐.-
๑,๐๐๐.-
๑,๐๐๐.-

.....
.....
.....
.....
.....
.....

รวมยอดเงินที่ต้องชำระ

รวม.....บาท (ตัวเลข)

(สำหรับผู้ประกอบการ)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ ลงชื่อ.....
วันที่...../...../.....

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ.....
วันที่...../...../.....

หนังสือมอบอำนาจ
ให้ผู้ยื่นมายื่นและรับเอกสารเกี่ยวกับ ใบอนุญาต ฯ วัตถุประสงค์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.
ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เป็นผู้ดำเนินการ
ในสถานที่ประกอบการชื่อ.....ตั้งอยู่เลขที่.....
ซอย/ตรอก.....ถนน.....หมู่ที่.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
บัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการเลขที่.....
ขอมอบอำนาจให้.....อายุ.....ปี
อยู่เลขที่.....ซอย/ตรอก.....หมู่ที่.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
บัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการเลขที่.....
เป็นผู้ดำเนินการแทนเกี่ยวกับการ ☐ ขอรับใบอนุญาต.....

- ☐ แก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต.....
- ☐ ต่ออายุใบอนุญาต.....
- ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

โดยเป็นผู้ยื่น / รับเอกสาร ตลอดถึงการแก้ไขเอกสาร ที่กองควบคุมวัตถุประสงค์ สำนักงานคณะกรรมการ
อาหารและยา แทนข้าพเจ้า ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

1. สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ ของข้าพเจ้าที่รับรองเอกสารแล้ว
2. สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ ของผู้รับมอบอำนาจที่รับรองเอกสารแล้ว

การใดที่ นาย / นาง / นางสาว.....ได้กระทำไปให้ถือเสมือน

เป็นการกระทำของข้าพเจ้า และข้าพเจ้าขอรับผิดชอบทุกประการ

ติดอากร 30.- บาท
ประทับตราบริษัทฯ (ถ้ามี)

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
(.....)
ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)
ลงชื่อ พยาน
(.....)
ลงชื่อ พยาน
(.....)

กรุณารอรายละเอียดให้ครบถ้วน : ถ้าส่งเอกสารทางไปรษณีย์ไม่ต้องใช้หนังสือมอบอำนาจ

**หนังสือแจ้งเลิกกิจการ/ไม่ขอต่ออายุใบอนุญาต
และขอส่งมอบยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์ที่เหลือให้ผู้รับอนุญาตอื่น**

เขียนที่.....
วันที่.....

เรื่อง ☐ แจ้งเลิกกิจการ และขอส่งมอบยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์ที่เหลือให้ผู้รับอนุญาตอื่น
☐ แจ้งไม่ขอต่ออายุใบอนุญาต และขอส่งมอบยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์ที่เหลือให้ผู้รับอนุญาตอื่น
เรียน(ผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติด / นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด)

เนื่องด้วยข้าพเจ้า.....
ซึ่งเป็นผู้รับอนุญาตตามใบอนุญาต (ชื่อบุคคล/นิติบุคคล)

- ☐ ใบอนุญาต ผลิต / นำเข้า / ส่งออก / จำหน่าย / มีไว้ในครอบครอง ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒
เลขที่ใบอนุญาต.....ชื่อผู้ดำเนินการ.....
- ☐ ใบอนุญาต จำหน่าย / มีไว้ในครอบครอง ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕
เลขที่ใบอนุญาต.....ชื่อผู้ดำเนินการ.....
- ☐ ใบอนุญาต ผลิต / นำเข้า / ส่งออก / จำหน่าย / มีไว้ในครอบครอง วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒
เลขที่ใบอนุญาต.....ชื่อผู้ดำเนินการ.....
- ☐ ใบอนุญาต ผลิต / นำเข้า / ส่งออก / จำหน่าย / มีไว้ในครอบครอง วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓
เลขที่ใบอนุญาต.....ชื่อผู้ดำเนินการ.....
- ☐ ใบอนุญาต ผลิต / นำเข้า / ส่งออก / จำหน่าย / มีไว้ในครอบครอง วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๔
เลขที่ใบอนุญาต.....ชื่อผู้ดำเนินการ.....

ณ สถานที่ชื่อ.....
ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ขอแจ้งดังนี้
☐ แจ้งเลิกกิจการ ตั้งแต่วันที่.....เป็นต้นไป
☐ แจ้งไม่ขอต่ออายุใบอนุญาต

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าประสงค์จะส่งมอบยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์ที่เหลือให้ผู้รับอนุญาตอื่นตามประเภทนั้น
คือซึ่งเป็นผู้รับอนุญาตตามใบอนุญาต ดังนี้
(ชื่อบุคคล/นิติบุคคล)

ชื่อใบอนุญาต	เลขที่ใบอนุญาต	ชื่อผู้ดำเนินการ

โดยผู้รับอนุญาตซึ่งเป็นผู้รับมอบยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์ที่เหลือ ได้รับทราบรายละเอียดของ
ยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์ที่เหลือตามรายงานรับจ่ายยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์
ณ วันที่ยื่นหนังสือแจ้งฉบับนี้แล้ว

ทั้งนี้ ได้แนบหลักฐานมาพร้อมคำขอฯ ด้วยแล้ว ดังนี้

(๑) รายงานรับจ่ายยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์ จนถึง ณ วันที่มีหนังสือแจ้งเลิกกิจการ/ไม่ขอต่ออายุใบอนุญาต และขอส่งมอบยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์ที่เหลือให้ผู้รับอนุญาตอื่น ซึ่งเจ้าหน้าที่กองควบคุมวัตถุเสพติด/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้ลงลายมือชื่อรับเรื่องแล้ว

(๒) ต้นฉบับใบอนุญาต

(๓) สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนหุ้นส่วนบริษัท ซึ่งได้รับการรับรองจากกรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ มาไม่เกินหกเดือน และให้กรรมการผู้มีอำนาจลงชื่อผูกพันนิติบุคคลรับรองสำเนาพร้อมประทับตรานิติบุคคล ของผู้ส่งมอบและผู้รับมอบ (กรณีนิติบุคคลหรือสถานพยาบาลเอกชนที่เป็นนิติบุคคล)

(๔) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของกรรมการผู้มีอำนาจผูกพันนิติบุคคล ของผู้ส่งมอบและผู้รับมอบ (กรณีนิติบุคคลหรือสถานพยาบาลเอกชนที่เป็นนิติบุคคล)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลต่างๆ ที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ

ผู้ส่งมอบ	ผู้รับมอบ
(ลายมือชื่อ)..... (.....) ผู้ยื่นคำขอฯ และผู้ส่งมอบ	(ลายมือชื่อ)..... (.....) ผู้รับมอบ
(ลายมือชื่อ)..... (.....) กรรมการผู้มีอำนาจผูกพันนิติบุคคล (กรณีนิติบุคคลหรือสถานพยาบาลเอกชนที่เป็นนิติบุคคล)	(ลายมือชื่อ)..... (.....) กรรมการผู้มีอำนาจผูกพันนิติบุคคล (กรณีนิติบุคคลหรือสถานพยาบาลเอกชนที่เป็นนิติบุคคล)
(ลายมือชื่อ)..... (.....) กรรมการผู้มีอำนาจผูกพันนิติบุคคล (กรณีนิติบุคคลหรือสถานพยาบาลเอกชนที่เป็นนิติบุคคล)	(ลายมือชื่อ)..... (.....) กรรมการผู้มีอำนาจผูกพันนิติบุคคล (กรณีนิติบุคคลหรือสถานพยาบาลเอกชนที่เป็นนิติบุคคล)
(ลายมือชื่อ)..... (.....) พยาน	(ลายมือชื่อ)..... (.....) พยาน