

คู่มือสำหรับประชาชน: การขออนุญาตขายส่งยาแผนปัจจุบัน

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การขออนุญาตขายส่งยาแผนปัจจุบัน
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - 1) กฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ.2556
 - 2) กฎกระทรวงฉบับที่ 26 (พ.ศ.2537) ออกตามความในพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510
 - 3) ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 2 (พ.ศ.2522) เรื่องระบุมโรคที่ต้องห้ามเป็นผู้รับอนุญาตเกี่ยวกับยา
 - 4) พ.ร.บ.การประกอบธุรกิจของคนต่างด้าว พ.ศ.2542
 - 5) พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551
 - 6) พ.ร.บ.ยา พ.ศ.2510 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม
 - 7) พ.ร.บ.วิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ.2537 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม
6. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
7. พื้นที่ให้บริการ: ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเรื่องกำหนดระยะเวลาปฏิบัติราชการเพื่อบริการประชาชน พ.ศ.2557
 ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 10 วันทำการ
9. ข้อมูลสถิติ
 - จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 2
 - จำนวนคำขอที่มากที่สุด 5
 - จำนวนคำขอน้อยที่สุด 0
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน การขออนุญาตขายส่งยาแผนปัจจุบัน
11. ช่องทางการให้บริการ
 - 1) **สถานที่ให้บริการ** ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จจังหวัดอุทัยธานี ชั้น 1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ตำบลน้ำซึม อำเภอเมืองอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี เบอร์โทรศัพท์ 0 5651 1565 ต่อ 105 – 106 /ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา

หมายเหตุ -

12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ผู้ประสงค์ยื่นคำขอต้องจัดเตรียมสถานที่และปฏิบัติให้สอดคล้องตามกฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ.2556 และ (ร่าง)ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายส่งยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยาพ.ศ.....และผ่านการตรวจสถานที่และเภสัชกรที่จะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องมาแสดงตนต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ในวันที่ยื่นคำขอ อายุของผู้ขออนุญาต/ผู้ดำเนินกิจการต้องไม่ต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์และต้องมีใช้บุคคลต่างด้าวเว้นแต่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการได้ตามกฎหมาย

(สำหรับคนต่างด้าวต้องได้รับใบอนุญาตสำหรับธุรกิจบัญชีสาม(14) และ(15) หรือหนังสือรับรองตามมาตรา 11 หรือมาตรา12 แห่งพระราชบัญญัติการประกอบธุรกิจของคนต่างด้าว พ.ศ.2542 โดยแสดงใบอนุญาตสำหรับธุรกิจบัญชีสาม หรือหนังสือรับรองตามมาตรา 11 หรือมาตรา 12 แห่งพ.ร.บ.การประกอบธุรกิจของคนต่างด้าว พ.ศ.2542 เพื่อเป็นหลักฐาน)

ใบอนุญาตสิ้นอายุ 31 ธันวาคมของปีที่ยอกใบอนุญาต

หมายเหตุ

- 1) ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วนและ/หรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติมโดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึกมีเช่นนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ
- 2) ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้วและแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ
- 3) ให้ตรวจสอบเอกสารสำหรับยื่นคำขอฯตามแบบตรวจสอบคำขอฯ (Self Assessment Report) ให้ครบถ้วนถูกต้องในทุกรายการและลงนามรับรอง
- 4) ผู้ดำเนินกิจการหรือผู้รับมอบอำนาจที่มายื่นคำขอฯต้องสามารถให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับคำขอฯได้อย่างถูกต้องครบถ้วนและมีอำนาจตัดสินใจและลงนามรับทราบข้อบกพร่องได้ (กรณีไม่ใช่ผู้ดำเนินกิจการหรือกรรมการผู้มีอำนาจของนิติบุคคลให้มีหนังสือมอบอำนาจให้มีอำนาจดำเนินการแทนแนบด้วย)

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

| ที่ | ประเภทขั้นตอน | รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลาให้บริการ | ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ | หมายเหตุ |
|-----|------------------------------|---|-------------------|-----------------------------------|----------|
| 1) | การตรวจสอบเอกสาร | ผู้รับอนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจยื่นเอกสารที่ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จและตรวจเอกสารตาม Checklist และ Self Assessment Report | 1 วันทำการ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี | - |
| 2) | การพิจารณา | เจ้าหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลประวัติเงื่อนไขและคุณสมบัติที่กฎหมายกำหนดลงข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์และจัดทำร่างใบอนุญาตพร้อมเอกสารที่เกี่ยวข้องเสนอหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขพิจารณา ก่อนจะจัดพิมพ์ใบอนุญาตฉบับจริง | 6 วันทำการ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี | - |
| 3) | การพิจารณา | จัดทำใบอนุญาตฉบับจริงเพื่อเสนอลงนาม | 1 วันทำการ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี | - |
| 4) | การลงนาม/ คณะกรรมการมีมติ | เสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานีลงนาม | 1 วันทำการ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี | - |
| 5) | - | ลงผลการพิจารณาในระบบคอมพิวเตอร์แจ้งผลการพิจารณาออกใบสั่งชำระ | 1 วันทำการ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี | - |

| ที่ | ประเภทขั้นตอน | รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลาให้บริการ | ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ | หมายเหตุ |
|-----|---------------|-------------------------------|-------------------|--------------------------------|----------|
| | | | | | |

ระยะเวลาดำเนินการรวม 10 วันทำการ

14. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอนและระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว 10 วันทำการ

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

| ที่ | รายการเอกสารยืนยันตัวตน | หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร | จำนวนเอกสารฉบับจริง | จำนวนเอกสารสำเนา | หน่วยนับเอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|-------------------------|----------------------------|---------------------|------------------|----------------|---|
| 1) | บัตรประจำตัวประชาชน | กรมการปกครอง | 0 | 1 | ฉบับ | (ของผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการพิจารณาในเอกสารตามแต่ละกรณีดังต่อไปนี้ -ผู้ขอรับอนุญาต (กรณีบุคคลธรรมดา) -ผู้รับการแต่งตั้งจากนิติบุคคลให้เป็นผู้ดำเนินกิจการ (กรณีนิติบุคคล) -ผู้มีอำนาจลงนามของนิติบุคคลที่ เป็นผู้ลงนามแต่งตั้งผู้ดำเนินกิจการ(กรณีนิติบุคคล) |

| ที่ | รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน | หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร | จำนวน เอกสาร ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร สำเนา | หน่วยนับ เอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------|---|
| | | | | | | <p>-ผู้รับมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน (กรณีที่ทำหนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน)</p> <p>-ผู้มอบอำนาจให้ดำเนินการแทน (กรณีที่ทำหนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน)</p> <p>-ผู้ยินยอมให้ใช้สถานที่ฯหรือผู้ให้เข้าสถานที่ฯ (แล้วแต่กรณี)</p> <p>-ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการกรณีผู้ดำเนินกิจการเป็นบุคคลต่างด้าวให้ใช้หลักฐานดังนี้แทน 1 สำเนาหนังสือเดินทาง (passport) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง 2 สำเนาหนังสือขออนุญาตทำงานที่ออกโดยกระทรวงแรงงานฯ</p> |

| ที่ | รายการเอกสาร ยื่นต้นตัวตน | หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร | จำนวน เอกสาร ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร สำเนา | หน่วยนับ เอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------|----------|
| | | | | | | |

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

| ที่ | รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม | หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร | จำนวน เอกสาร ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร สำเนา | หน่วยนับ เอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|---|--------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------|--|
| 1) | แบบคำขอ อนุญาตขายส่ง ยาแผนปัจจุบัน (แบบข.ย.4) | - | 1 | 0 | ชุด | - |
| 2) | รูปถ่ายสีพื้นหลัง เรียบหน้าตรง ใบหน้าชัดเจนไม่ ยิ้มไม่สวมหมวก หรือแว่นดำของผู้ ขออนุญาตขนาด 3x4 เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน (อัดด้วย กระดาษโฟโต้ ไม่ใช่ปริ้นท์สีจาก เครื่องพิมพ์) | - | 3 | 0 | ฉบับ | - |
| 3) | สำเนาทะเบียน บ้านของผู้ขอ อนุญาต/ผู้ดำเนิน กิจการ(กรณีนิติ บุคคล) พร้อม รับรองสำเนา ถูกต้อง | กรมการปกครอง | 0 | 1 | ฉบับ | (ของสถานที่ที่ขอ อนุญาตและของผู้ ที่เกี่ยวข้องเพื่อ ประกอบการ พิจารณาใน เอกสารตามแต่ละ กรณีดังต่อไปนี้ |

| ที่ | รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม | หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร | จำนวน เอกสาร ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร สำเนา | หน่วยนับ เอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------|----------|
| | | | | | | |

| ที่ | รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม | หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร | จำนวน เอกสาร ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร สำเนา | หน่วยนับ เอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|--|--------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------|--|
| | | | | | | <p>-ผู้มีหน้าที่ ปฏิบัติการ กรณีและผู้ดำเนิน กิจการเป็นบุคคล ต่างด้าวให้ใช้ หลักฐานดังนี้แทน 1 สำเนาหนังสือ เดินทาง (passport) พร้อม รับรองสำเนา ถูกต้อง 2 สำเนาหนังสือ ขออนุญาตทำงาน ที่ออกโดย กระทรวงแรงงานฯ พร้อมรับรอง สำเนาถูกต้อง)</p> |
| 4) | ใบรับรองแพทย์ ของผู้ขออนุญาต / ผู้ดำเนินกิจการ (กรณีนิติบุคคล) และผู้มีหน้าที่ ปฏิบัติการ | - | 1 | 0 | ฉบับ | (ระบุงการตรวจโรค ต้องห้ามตาม ประกาศฯได้แก่ โรคเรื้อรังวัณโรคใน ระยะอันตรายโรค เท้าช้างในระยะ ปรากฏอาการเป็น ที่รังเกียจแก่สังคม โรคติดยาเสพติด ให้โทษอย่าง ร้ายแรงและโรค พิษสุราเรื้อรัง) |

| ที่ | รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม | หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร | จำนวน เอกสาร ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร สำเนา | หน่วยนับ เอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|--|--------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------|---|
| | | | | | | |
| 5) | เอกสารแสดง หลักทรัพย์ (กรณี บุคคลธรรมดา เป็นผู้ขออนุญาต ฯ) | - | 1 | 1 | ฉบับ | (ตัวอย่างเช่น" สำเนาสมุดบัญชี เงินฝาก"ที่เป็น ปัจจุบันพร้อมนำ สมุดเงินฝากตัว จริงมาแสดงโดยมี เงินในบัญชีตั้งแต่ 10,000 บาท (หนึ่งหมื่นบาท ถ้วน)ขึ้นไปพร้อม รับรองสำเนา ถูกต้องหรือ" สำเนาโฉนดที่ดิน" ที่ไม่ติดภาระ ผูกพันและระบุชื่อ ในโฉนดเป็นชื่อผู้ ขออนุญาตพร้อม รับรองสำเนา ถูกต้อง) |
| 6) | เอกสารแสดง กรรมสิทธิ์ใน สถานที่ขายยา | - | 1 | 1 | ฉบับ | (ได้แก่ 1. สำเนา ทะเบียนบ้านของ สถานที่ขายยาที่ ระบุชื่อเจ้าบ้าน หรือผู้ยื่นขอ ทะเบียนบ้านเป็น |

| ที่ | รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม | หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร | จำนวน เอกสาร ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร สำเนา | หน่วยนับ เอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------|----------|
| | | | | | | |

| ที่ | รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม | หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร | จำนวน เอกสาร ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร สำเนา | หน่วยนับ เอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|---|--------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------|---|
| | | | | | | |
| 7) | สัญญาระหว่าง ผู้รับอนุญาตและ ผู้มีหน้าที่ ปฏิบัติการ | - | 3 | 0 | ฉบับ | (ตามแบบฟอร์มที่ อย.กำหนดโดยผู้มี หน้าที่ปฏิบัติการ ต้องมาแสดงตน และลงนามต่อ หน้าพนักงาน เจ้าหน้าที่ทั้ง 3 ชุด โดยเมื่อลงนาม แล้วเจ้าหน้าที่จะ คืนให้ 2 ชุด (สำหรับผู้รับ อนุญาตเก็บไว้ 1 ชุดและผู้มีหน้าที่ ปฏิบัติการเก็บไว้ 1 ชุด) |
| 8) | คำรับรองของผู้มี หน้าที่ปฏิบัติการ | - | 1 | 0 | ฉบับ | (ผู้มีหน้าที่ ปฏิบัติการต้องมา |

| ที่ | รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม | หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร | จำนวน เอกสาร ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร สำเนา | หน่วยนับ เอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|--|--------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------|--|
| | | | | | | |
| 9) | สำเนาใบ ประกอบวิชาชีพ เภสัชกรรมพร้อม การรับรองสำเนา ถูกต้อง | - | 1 | 1 | ฉบับ | (กรณีมีการเปลี่ยน ชื่อนามสกุลคำ นำหน้าชื่อจะต้อง มีการแก้ไขในใบ ประกอบวิชาชีพฯ หรือแนบหลักฐาน ขอแก้ไขจากสภา เภสัชกรรม (เช่น หลักฐานการชำระ ค่าธรรมเนียมเพื่อ ขอแก้ไข)) |
| 10) | หลักฐานแสดงว่า เภสัชกรผู้มีหน้าที่ ปฏิบัติการเป็นผู้ มีความรู้ ความสามารถใน การให้บริการทาง เภสัชกรรมชุมชน | - | 1 | 1 | ฉบับ | (เช่นหลักฐาน แสดงการมีหน่วย กิตติการศึกษ ต่อเนื้องทางเภสัช ศาสตร์ด้านเภสัช กรรมชุมชนอย่าง น้อย 5 หน่วยกิต (ในช่วง 3 ปี |

| ที่ | รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม | หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร | จำนวน เอกสาร ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร สำเนา | หน่วยนับ เอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|--|--------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------|---|
| 11) | หนังสือรับรองนิติบุคคล (เฉพาะกรณีผู้ขออนุญาตฯเป็นนิติบุคคล) | - | 0 | 1 | ฉบับ | (ต้องระบุเลขที่ตั้งของสถานที่ที่จะขออนุญาตเป็นสำนักงานสาขาหรือสำนักงานใหญ่ในหนังสือรับรองนิติบุคคล / หนังสือรับรองนิติบุคคลที่ออกให้จะต้องมีอายุไม่เกิน 6 เดือนนับถึงวันที่มายื่นคำขอฯ) |
| 12) | หนังสือแต่งตั้งผู้ดำเนินกิจการ (ใช้เฉพาะกรณีนิติบุคคล)(ปิดอากรแสตมป์ 30 บาท) | - | 1 | 0 | ฉบับ | (การลงนามต้องสอดคล้องตามชื่อผู้มีอำนาจที่จะลงนามตามที่ปรากฏในหนังสือรับรองนิติบุคคลพร้อมแนบสำเนาทะเบียนบ้านและ |

| ที่ | รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม | หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร | จำนวน เอกสาร ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร สำเนา | หน่วยนับ เอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|---|--------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------|---|
| | | | | | | |
| 13) | หนังสือมอบ อำนาจให้ทำการ แทน (ปิดอากร แสตมป์ 10 บาท) | - | 1 | 0 | ฉบับ | (เฉพาะกรณีและผู้ขอ อนุญาต/ ผู้ดำเนินการไม่ สามารถเดินทาง มายื่นคำขอ อนุญาตด้วย ตนเองและมอบให้ ผู้อื่นทำการแทน) |
| 14) | รูปถ่ายและ แผนผังของ สถานที่ที่ขอ อนุญาต | - | 1 | 0 | ฉบับ | (ตามแบบ ภาพถ่ายที่ กำหนด) |

16. ค่าธรรมเนียม

1) ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตขายส่งยาแผนปัจจุบัน

ค่าธรรมเนียม 1,500 บาท

หมายเหตุ -

17. ช่องทางการร้องเรียน

1) ช่องทางการร้องเรียนศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์เรียนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ตำบลน้ำซึม อำเภอเมืองอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี 61000

หมายเหตุ-

2) ช่องทางการร้องเรียนศูนย์ดำรงธรรมจังหวัดอุทัยธานี ศาลากลางจังหวัดอุทัยธานี ถนนศรีอุทัย ตำบลอุทัยใหม่ อำเภอเมืองอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี 61000

หมายเหตุ-

3) ช่องทางการร้องเรียนโทรศัพท์ 0 5651 1565 ต่อ 105 – 106

หมายเหตุ-

4) ช่องทางการร้องเรียนโทรสาร 0 5651 1327

หมายเหตุ-

5) ช่องทางการร้องเรียนE-mail : fdapv61@fda.moph.go.th

หมายเหตุ-

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

ไม่มีแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

19. หมายเหตุ

-

| | |
|-------------|---|
| วันที่พิมพ์ | 19/07/2558 |
| สถานะ | คู่มือประชาชนอยู่ระหว่างการ จัดทำ / แก้ไข (User) |
| จัดทำโดย | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุทัยธานี สสจ. สธ. |
| อนุมัติโดย | - |
| เผยแพร่โดย | - |