



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
Food and Drug Administration

ใบควบคุมกระบวนการงาน
การจัดทำใบแทน

เลขที่รับ.....

ประเภท ใบอนุญาตผลิต/นำเข้า ใบรับแจ้งรายการละเอียดผลิต/นำเข้า หนังสือรับรองการผลิตเครื่องมือแพทย์เพื่อการส่งออก
 ใบอนุญาตขาย ใบจดทะเบียนสถานประกอบการผลิต/นำเข้า

ชื่อสถานประกอบการ.....เลขที่ใบอนุญาต/ใบรับแจ้งฯ/ใบอนุญาตนาย.....

ผู้มาติดต่อ/ยื่นคำขอ.....

ชื่อเครื่องมือแพทย์.....

เลขที่ใบอนุญาต/ใบรับแจ้งฯ/หนังสือรับรองการผลิตเครื่องมือแพทย์เพื่อการส่งออก.....

ตรวจสอบเอกสาร	การรับคำขอ
รับเรื่องวันที่.....เวลา.....น.	รับวันที่.....เวลา.....น.
ตรวจสอบแล้วเสร็จวันที่.....เวลา.....น.	ลงทะเบียนแล้วเสร็จวันที่.....เวลา.....น.
ผลการตรวจสอบ <input type="radio"/> รับเรื่อง <input type="radio"/> ไม่รับเรื่อง	คืนเรื่องวันที่.....เวลา.....น.
เจ้าหน้าที่ Pre.....	เจ้าหน้าที่ธุรการ.....

การพิจารณาคำเนิการ
รับเรื่องวันที่.....เวลา.....น.
พิจารณาคำเนิการแล้วเสร็จวันที่.....เวลา.....น.
เจ้าหน้าที่ Pre.....


การตรวจสอบเอกสาร
รับเรื่องจากเจ้าหน้าที่ผู้พิจารณาวันที่.....เวลา.....น.
ตรวจสอบแล้วเสร็จวันที่.....เวลา.....น.
หัวหน้ากลุ่ม Pre.....

การเสนอผลการพิจารณา
ส่งเรื่องไปธุรการกองวันที่.....เวลา.....น.
เสนอ ผอ. ลงนามวันที่.....เวลา.....น.
เลขธิการฯ ลงนามวันที่.....เวลา.....น.
ออกเลขและส่งเรื่องออกจากกองวันที่.....เวลา.....น.

เจ้าหน้าที่ธุรการรับเรื่องคืนเตรียมส่งมอบให้ผู้ประกอบการ
รับเรื่องคืนวันที่.....เวลา.....น.
แล้วเสร็จพร้อมส่งมอบให้ผู้ประกอบการวันที่.....เวลา.....น.
เจ้าหน้าที่ธุรการ.....

เวลาที่กำหนดไว้

- ใบแทนใบอนุญาต รวม 4 วันทำการ
 - ใบแทนใบจดทะเบียนสถานประกอบการ รวม 4 วันทำการ
 - ใบแทนใบรับแจ้งรายการละเอียด รวม 3 วันทำการ
 - ใบแทนหนังสือรับรองการผลิตเครื่องมือแพทย์
เพื่อการส่งออก รวม 5 วันทำการ
- เวลาที่ใช้จริง รวม.....วันทำการ

 <p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา Food and Drug Administration</p>	<p style="text-align: center;">แบบตรวจรับคำขอ</p> <p style="text-align: center;">ใบแทนใบอนุญาต <input type="checkbox"/> ผลิต <input type="checkbox"/> นำเข้า <input type="checkbox"/> ขาย</p> <p style="text-align: center;">เครื่องมือแพทย์</p>	<p>วันที่รับ.....เวลา.....น.</p> <p>เลขที่รับ.....</p> <p>เลขที่คืน.....</p> <p>ผู้รับเรื่อง.....</p>
--	--	---

ชื่อสถานประกอบการ.....

ชื่อผู้มาติดต่อ/ยื่นคำขอ..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

ชื่อเครื่องมือแพทย์ เลขที่ใบอนุญาต.....

รายการเอกสาร	การตรวจรับเอกสาร		การตรวจประเมิน	
	มี	ไม่มี	ผ่าน	ไม่ผ่าน
1. คำขอรับใบแทนใบอนุญาต <input type="checkbox"/> ผลิต <input type="checkbox"/> นำเข้า <input type="checkbox"/> ขายเครื่องมือแพทย์				
2. สำเนาใบทะเบียนการค้า หรือใบทะเบียนพาณิชย์ (กรณีบุคคลธรรมดา)				
3. สำเนาใบสำคัญแสดงการจดทะเบียนของนิติบุคคล (กรณีนิติบุคคล)				
4. สำเนาหนังสือรับรองจากนายทะเบียนของนิติบุคคล (กรณีนิติบุคคล)				
5. หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ยื่นคำขอ				
6. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นซึ่งใช้แทนบัตรประจำตัวประชาชนของ ผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ				
7. สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ				
8. รูปถ่ายครึ่งตัว หน้าตรง ไม่สวมหมวก ขนาด 3x4 เซนติเมตร ซึ่งถ่ายมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 2 รูป ของผู้ดำเนินการ				
9. ใบรับแจ้งความของสถานีตำรวจแห่งท้องที่ที่ใบอนุญาตสูญหาย (กรณีสูญหาย)				
10. ใบอนุญาตส่วนที่เหลืออยู่ (กรณีถูกทำลาย หรือชำรุด)				
<p>ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลต่างๆที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ และได้รับทราบหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการอนุญาตไว้เรียบร้อยแล้ว</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้มาติดต่อ/ยื่นคำขอ (.....) วันที่.....</p>	<p>ผลการตรวจรับเอกสาร</p> <p><input type="checkbox"/> ครบถ้วน</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ครบถ้วน.....และคืนเอกสารทั้งหมด</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้ตรวจรับคำขอ (.....) วันที่.....</p>		<p>ผลการตรวจประเมิน</p> <p><input type="checkbox"/> ผ่าน</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน เพราะ.....</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้ตรวจประเมิน (.....) วันที่.....</p> <p><input type="checkbox"/> เห็นชอบ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เห็นชอบ เพราะ.....</p> <p>ลงชื่อ.....หัวหน้ากลุ่ม Pre (.....) วันที่.....</p>	
<p>สรุปการแก้ไข.....</p> <p>..... / แก้ไขเสร็จครบถ้วนแล้ว</p> <p>ลงชื่อ ผู้ตรวจประเมิน (.....) วันที่.....</p>				

ที่ สร 1002...../.....

เรียน ผู้อำนวยการกองควบคุมเครื่องมือแพทย์

เพื่อโปรดเสนอเลขที่การฯ ลงนามใน

ใบแทนใบอนุญาต ผลิต นำเข้า ขาย

เครื่องมือแพทย์ที่แนบมาด้วย จะเป็นพระคุณ

ที่ สร 1002...../.....

เรียน เลขที่การฯ

เพื่อโปรดลงนามในใบแทนใบอนุญาต

ผลิต นำเข้า ขายเครื่องมือแพทย์

ที่แนบมาด้วย จะเป็นพระคุณ

อนุญาต

ลงนามแล้ว

เลขรับที่.....
วันที่.....
ผู้รับคำขอ.....
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

คำขอรับใบแทนใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

ผู้รับอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ตามใบอนุญาตที่..... สิ้นอายุวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.....

ณ สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์ชื่อ

ตั้งอยู่เลขที่

ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

โดยมี.....เป็นผู้ดำเนินการแทนนิติบุคคล

ขอรับใบแทนใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์เนื่องจากใบอนุญาตฉบับเดิม

สูญหาย ถูกทำลาย ชำรุด

พร้อมกับคำขอนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานมาด้วย คือ

(๑) ใบรับแจ้งความว่าใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์สูญหายของสถานีตำรวจแห่งท้องที่ที่ใบอนุญาตนั้นสูญหาย ในกรณีที่ใบอนุญาตสูญหาย

(๒) ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ ในกรณีที่ใบอนุญาตนั้นถูกทำลายบางส่วนหรือชำรุดในสาระสำคัญ

(๓) รูปถ่ายครึ่งตัว หน้าตรง ไม่สวมหมวกของผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินการ ขนาด ๓ x ๔ เซนติเมตร ซึ่งถ่ายมาแล้วไม่เกินหกเดือน จำนวน ๒ รูป

(ลายมือชื่อ)ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ: ให้ใส่เครื่องหมาย ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ