สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
UTHAI THANI PROVINCIAL PUBLIC HEALTH OFFICE

WORK MANUAL
MEDICINE ACT, B.E. 2510

คู่มือปฏิบัติงาน การอนุญาตตามพระราชบัญญัติ ยา พ.ศ.2510

พิมพ์ครั้งที่ 1
มกราคม 2564

สารบัญ

หน้า

๑. วิธีการปฏิบัติงาน เรื่อง การพิจารณาคำขออนุญาตขายยา ๑

๑.๑ Checklist ตรวจสอบคำขออนุญาตขายยา ๖

๑.๒ แบบ ขย.๑ (แบบคำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน) ๙

๑.๓ แบบ ขย.๒ (แบบคำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะบรรจุเสร็จ ที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ) ๑๑

๑.๔ แบบ ขย.๓ (แบบคำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์) ๑๓

๑.๕ หนังสือนัดหมายตรวจสถานที่ประกอบการขออนุญาต ๑๕

๑.๖ บันทึกข้อความขอใช้รถยนต์ส่วนกลาง ๑๖

๑.๗ แบบประเมินร้านขายยาแผนปัจจุบัน (GPP เปิดใหม่) ๑๗

๑.๘ แบบตรวจสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์ ๒๓

๒. วิธีการปฏิบัติงาน เรื่อง การพิจารณาคำขอต่ออายุใบอนุญาตขายยา ๒๔

๒.๑ Checklist ตรวจสอบคำขอต่ออายุใบอนุญาตขายยา ๒๘

๒.๒ แบบ ขย.๑๕ (แบบคำขอต่ออายุใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน) ๒๙

๓. แบบขย.๑๔ (คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ) ๓๐

๔. สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ๓๓

๕. ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน ๓๕

๖. ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ ๓๗

๗. ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์ ๓๙

๘. แบบฟอร์มชำระเงิน e-payment ๔๑

๙. คู่มือเจ้าหน้าที่การลงระบบ e-sub ๔๒

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี	วิธีการปฏิบัติงาน

เรื่อง การพิจารณาคำขออนุญาตขายยา

เลขที่เอกสาร : WI – OSSC – 04

แก้ไขครั้งที่ : 0

วันที่เริ่มใช้ : 1 ตุลาคม 2563

หน่วยงานที่ถือครองเอกสาร: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

ตำแหน่ง		ลงนาม	วันที่
ผู้จัดทำ :	**นางสาวกฤษณี เกิดศรี** **เภสัชกรชำนาญการ**		1 ตุลาคม 2563
ผู้ทบทวน :	**นางจิราพร เกษศิลป์** **หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข**		1 ตุลาคม 2563
ผู้อนุมัติ :	**นายปรารถนา ประสงค์ดี** **นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี**		1 ตุลาคม 2563

ประวัติการแก้ไข

แก้ไขครั้งที่	รายละเอียดการแก้ไข	วัน เดือน พ.ศ.
0	เริ่มออกเอกสารใหม่	1 ตุลาคม 2563

1. วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางในการพิจารณาอนุญาตขายยา ได้อย่างถูกต้องตามที่กฎหมายกำหนด และตามกำหนดเวลาในคู่มือประชาชน

2. ขอบเขต

ระเบียบปฏิบัติงานนี้ครอบคลุมตั้งแต่รับคำขอ จนถึงส่งมอบใบอนุญาต

3. คำจำกัดความ

3.1 **ยา** หมายถึง ยาตามความหมายใน พระราชบัญญัติยา พ.ศ.๒๕๑๐ และที่แก้ไขเพิ่ม ที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

3.2 **ผู้อนุญาต** หมายถึง ผู้ว่าราชการจังหวัดอุทัยธานี

3.3 **เจ้าหน้าที่** หมายถึง ผู้ที่ได้รับคำสั่งแต่งตั้งให้มีหน้าที่ในการพิจารณาอนุญาตอาหาร ตามคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

4. หน้าที่ความรับผิดชอบ

4.1 เภสัชกรศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ผู้มีหน้าที่พิจารณาคำขอ และตรวจสถานที่

4.2 เจ้าหน้าที่ธุรการ มีหน้าที่นำส่งหนังสือทางไปรษณีย์แบบลงทะเบียนตอบรับ

5. วิธีการปฏิบัติงาน

5.1 รับเอกสารคำขอและตรวจสอบคำขอ (30 นาที)

เจ้าหน้าที่รับเอกสารคำขอ และทำการตรวจสอบคำขอตาม Checklist

5.1.1 กรณีตรวจสอบแล้วพบว่าเอกสารคำขอไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน ให้เจ้าหน้าที่บันทึกข้อบกพร่องที่ต้องแก้ไขพร้อมกับให้ผู้ขออนุญาตลงลายมือชื่อใน Checklist ให้เรียบร้อย และคืนเอกสารคำขอให้ผู้ยื่นคำขอนำกลับไปแก้ไขให้ถูกต้อง

5.1.2 กรณีตรวจสอบแล้วพบว่าเอกสารคำขอถูกต้องและครบถ้วน ให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการดังนี้

5.1.2.1 ออกใบ e-payment ค่าพิจารณาตาม ม.44 มีค่าคำขออนุญาตสถานที่ขายยาคำขอละ 500 บาท และค่าตรวจสถานที่ตามเกณฑ์ GPP 2,000 บาท(เฉพาะ ขย.1)

5.1.2.2 ให้ผู้ยื่นคำขอนำใบ e-payment ไปชำระที่การเงิน(กรณีนอกเหนือเงินสด) หรือเคาเตอร์ธนาคารกรุงไทย(กรณีเงินสด)

5.1.2.3 ลงรับคำขอในทะเบียนหนังสือลงรับ(ศูนย์ผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี) เมื่อผู้ยื่นคำขอแสดงหลักฐานการจ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว พร้อมทั้งบันทึกเลขที่ใบเสร็จชำระเงินในเอกสารคำขอ และลงระยะเวลาแล้วเสร็จ 10 วันทำการนับตั้งแต่วันที่ยื่นคำขอสำเร็จ

5.2 ตรวจสถานที่ (5 วันทำการ)

เจ้าหน้าที่ดำเนินการนัดหมายผู้ขออนุญาตและลงตรวจสถานที่ ดังนี้

5.2.1 รับหนังสือนัดหมายให้เจ้าหน้าที่ลงตรวจสถานที่ประกอบการขออนุญาต

5.2.2 เจ้าหน้าที่โทรศัพท์จองรถออกตรวจสถานที่ หมายเลขโทรศัพท์ภายใน 401

5.2.3 เขียนบันทึกข้อความขอใช้รถยนต์ส่วนกลาง

5.2.4 เขียนบันทึกข้อความขออนุมัติไปราชการ

5.2.4 เขียนหนังสือแจ้งเจ้าหน้าที่ สสอ.และ รพ. ในพื้นที่ร่วมออกตรวจ

5.2.5 เตรียมเอกสารออกตรวจสถานที่ ดังนี้

5.2.5.1 บันทึกการตรวจสถานที่ ตามแต่ละประเภทของสถานที่ขายยา

5.2.6 กรณีพบว่าเป็นไปตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด ให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการเสนอนายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจารณาลงนามอนุญาต

5.2.7 กรณีพบว่าไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด ให้บันทึกสิ่งที่ต้องแก้ไขปรับปรุง และระยะเวลาที่คาดว่าจะแก้ไขเสร็จสิ้น เมื่อแก้ไขเสร็จสิ้นแล้วให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการเสนอนายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจารณาลงนามอนุญาต

5.3 พิจารณา อนุญาต/ไม่อนุญาต (2 วันทำการ)

5.3.1 บันทึกข้อความเสนอหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ลงนามผ่านหนังสือเพื่อเสนอให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานีพิจารณาลงนามอนุญาต พร้อมหนังสือแจ้งให้ผู้รับอนุญาตมารับใบอนุญาต

5.3.2 บักทึกข้อมูลการอนุญาตขายยาลงในระบบ e-sub ตามคู่มือเจ้าหน้าที่การลง e-sub

5.4 ลงนามอนุญาต (2 วันทำการ)

5.4.1 นายแพทย์สาธารณสุขพิจารณาลงนามอนุญาต

5.5 แจ้งผลและส่งมอบใบอนุญาต (90 นาที)

5.5.1 แจ้งผู้รับอนุญาตรับใบอนุญาตและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ทางโทรศัพท์ ทางไลน์ และการส่งไปรษณีย์ (ส่งโดยธุรการ)

5.5.2 เจ้าหน้าที่ขอดูบัตรประชาชนของผู้มารับ กรณีถ้าไม่ใช่ผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการขอดูเอกสารมอบหมายให้มารับแทนพร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับอนุญาตและผู้มารับใบอนุญาต

5.5.3 เจ้าหน้าที่ ออกใบ e-payment ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตขายยาตามประเภท (ขย.3 1,000 บาท ขย.1 2,000 บาท) ให้ผู้ยื่นคำขอนำใบ e-payment ไปชำระที่การเงิน(กรณีนอกเหนือเงินสด) หรือเคาเตอร์ธนาคารกรุงไทย(กรณีเงินสด)

5.5.4 เมื่อผู้มารับใบอนุญาตแสดงหลักฐานการชำระเงินค่าธรรมเนียมเรียบร้อยแล้ว จึงให้ผู้มารับใบอนุญาตลงชื่อรับใบอนุญาต และให้เจ้าหน้าที่ส่งมอบใบอนุญาตพร้อมเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องให้ผู้มารับใบอนุญาต

6. เอกสารอ้างอิง

6.1 พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม

6.2 คำสั่งจังหวัดอุทัยธานี ที่ ๓/๒๕๖๓ เรื่อง การมอบอำนาจให้ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดอุทัยธานี

6.3 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องค่าใช้จ่ายที่จะจัดเก็บจากผู้ยื่นคำขอในกระบวนการพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์ยา พ.ศ.2560

6.4 กฎกระทรวงฉบับที่ 26 (พ.ศ.2537) ออกตามความในพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510

7. แบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง

7.1 Checklist ตรวจสอบคำขออนุญาตขายยา

7.2 แบบ ขย.1 (แบบคำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน)

7.3 แบบ ขย.2 (แบบคำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ)

7.4 แบบ ขย.3 (แบบคำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์)

7.5 แบบ ขย.14 (คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ)

7.6 สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

7.7 แบบฟอร์มชำระเงิน e-payment

7.8 หนังสือนัดหมายตรวจสถานที่ประกอบการขออนุญาต

7.9 บันทึกข้อความขอใช้รถยนต์ส่วนกลาง

7.10แบบประเมินร้านขายยาแผนปัจจุบัน (GPP เปิดใหม่)

7.11แบบตรวจสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์

7.12ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

7.13ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ

7.14ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์

7.15คู่มือเจ้าหน้าที่การลงระบบ e-sub

8. หมายเหตุ

8.1 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในแต่ละขั้นตอนให้ดำเนินการแล้วเสร็จตามเวลาที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนของแต่ละคำขอ

8.2 เมื่อเจ้าหน้าที่ได้ให้ผู้ขออนุญาตแก้ไขข้อบกพร่องให้หยุดนับเวลาลง และจะนับเวลาต่อเมื่อผู้ขออนุญาตได้แก้ไขข้อบกพร่องเรียบร้อยแล้ว

เอกสารประกอบการพิจารณา : การขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบันทุกประเภท

หน่วยงานที่ให้บริการ :สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากระทรวงสาธารณสุข

เอกสารประกอบการขออนุญาต

	รายการเอกสาร	ตัวจริง	สำเนา	เงื่อนไข	
1	**แบบคำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน ตามประเภท (ข.ย.1= ขายยาแผนปัจจุบัน) (ข.ย.2= ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จฯ) (ข.ย.2= ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์)**	1	0	-	☐
2	**รูปถ่ายสีพื้นหลังเรียบหน้าตรงใบหน้าชัดเจนไม่ยิ้ม ไม่สวมหมวกหรือแว่นดำของผู้ขออนุญาตขนาด 3x4 เซนติเมตรถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน (อัดด้วยกระดาษโฟโต้ไม่ใช่ปริ้นท์สีจากเครื่องพิมพ์)**	3	0	-	☐
3	**บัตรประจำตัวประชาชน**	0	1	(ของผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการพิจารณาในเอกสารตามแต่ละกรณีดังต่อไปนี้ - ผู้ขอรับอนุญาต (กรณีบุคคลธรรมดา) - ผู้รับการแต่งตั้งจากนิติบุคคลให้เป็นผู้ดำเนินกิจการ (กรณีนิติบุคคล) - ผู้มีอำนาจลงนามของนิติบุคคลที่เป็นผู้ลงนามแต่งตั้งผู้ดำเนินกิจการ (กรณีนิติบุคคล) - ผู้รับมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน(กรณีที่ทำหนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน) - ผู้มอบอำนาจให้ดำเนินการแทน(กรณีที่ทำหนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน) - ผู้ยินยอมให้ใช้สถานที่ฯหรือผู้ให้เช่าสถานที่ฯ (แล้วแต่กรณี) - ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ กรณีที่ผู้ดำเนินกิจการเป็นบุคคลต่างด้าวให้ใช้หลักฐานดังนี้แทน ๑สำเนาหนังสือเดินทาง(passport) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ๒สำเนาหนังสือขออนุญาตทำงานที่ออกโดยกระทรวงแรงงานฯพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)	☐
4	**สำเนาทะเบียนบ้าน**	0	1	(ของสถานที่ที่จะขออนุญาตและของผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการพิจารณาในเอกสารตามแต่ละกรณีดังต่อไปนี้ - ผู้ขอรับอนุญาต (กรณีบุคคลธรรมดา) - ผู้รับการแต่งตั้งจากนิติบุคคลให้เป็นผู้ดำเนินกิจการ (กรณีนิติบุคคล) - ผู้มีอำนาจลงนามของนิติบุคคลที่เป็นผู้ลงนามแต่งตั้งผู้ดำเนินกิจการ (กรณีนิติบุคคล) - ผู้รับมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน(กรณีที่ทำหนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน)	☐

	รายการเอกสาร	ตัวจริง	สำเนา	เงื่อนไข	
				- ผู้มอบอำนาจให้ดำเนินการแทน(กรณีที่ทำหนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน) - ผู้ยินยอมให้ใช้สถานที่ฯหรือผู้ให้เช่าสถานที่ฯ (แล้วแต่กรณี) - ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ กรณีที่ผู้ดำเนินกิจการเป็นบุคคลต่างด้าวให้ใช้หลักฐานดังนี้แทน ๑สำเนาหนังสือเดินทาง(passport) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ๒สำเนาหนังสือขออนุญาตทำงานที่ออกโดยกระทรวงแรงงานฯพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)	
5	**ใบรับรองแพทย์ของผู้ขออนุญาต / ผู้ดำเนินกิจการ (กรณีนิติบุคคล) และผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ**	1	0	(ระบุการตรวจโรคต้องห้ามตามประกาศฯได้แก่โรคเรื้อนวัณโรคในระยะอันตรายโรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคมโรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรงและโรคพิษสุราเรื้อรัง) และอายุของใบรับรองแพทย์ไม่เกิน 3 เดือนณวันที่มายื่นคำขอ)	☐
6	**เอกสารแสดงหลักทรัพย์ (กรณีบุคคลธรรมดาเป็นผู้ขออนุญาตฯ)**	0	1	(ตัวอย่างเช่น"สำเนาสมุดบัญชีเงินฝาก"ที่เป็นปัจจุบันพร้อมนำสมุดเงินฝากตัวจริงมาแสดงโดยมีเงินในบัญชีตั้งแต่ 10,000 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)ขึ้นไปพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องหรือ"สำเนาโฉนดที่ดิน"ที่ไม่ติดภาระผูกพันและระบุชื่อในโฉนดเป็นชื่อผู้ขออนุญาตพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)	☐
7	**เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานที่ขายยา**	0	1	(ได้แก่ 1. สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ขายยาที่ระบุชื่อเจ้าบ้านหรือผู้ยื่นขอทะเบียนบ้านเป็นชื่อผู้ขออนุญาต หรือ 2. หนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่โดยมี 2.1 หลักฐานแสดงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้ความยินยอมและผู้ขออนุญาต (ต้องเป็นเครือญาติกันหรือมีนามสกุลเดียวกัน (ระบุความสัมพันธ์)) 2.2 เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานที่ขายยาของผู้ยินยอมให้ใช้สถานที่ 2.3 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ยินยอมให้ใช้สถานที่ 2.4 สำเนาบัตรประชาชนของผู้ยินยอมให้ใช้สถานที่ หรือ 3. สัญญาเช่าประกอบด้วย 3.1 สำเนาสัญญาเช่า (ระบุที่อยู่ของสถานที่ที่ให้เช่าครบถ้วนชัดเจนในสัญญา) 3.2 เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานที่ขายยาของผู้ให้เช่า 3.3 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ให้เช่า 3.4 สำเนาบัตรประชาชนของผู้ให้เช่า)	☐
8	**สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ**	3	0	(ตามแบบฟอร์มที่อย.กำหนดโดยผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องมาแสดงตนและลงนามต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่ทั้ง 3 ชุดโดยเมื่อลงนามแล้วเจ้าหน้าที่จะคืนให้ 2 ชุด (สำหรับผู้รับอนุญาตเก็บไว้ 1ชุดและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเก็บไว้ 1 ชุด))	☐
9	**คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (แบบข.ย.14 หน้า 1-3)**	1	0	(ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องมาแสดงตนและลงนามต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่)	☐

	รายการเอกสาร	ตัวจริง	สำเนา	เงื่อนไข	
10	**สำเนาใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมพร้อมการรับรองสำเนาถูกต้อง**	1	1	(กรณีมีการเปลี่ยนชื่อนามสกุลคำนำหน้าชื่อจะต้องมีการแก้ไขในใบประกอบวิชาชีพฯหรือแนบหลักฐานขอแก้ไขจากสภาเภสัชกรรม (เช่นหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมเพื่อขอแก้ไข))	☐
11	**หลักฐานแสดงว่าเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการให้บริการทางเภสัชกรรมชุมชนและกฎหมายด้านยา**	1	0	(เช่นหลักฐานแสดงการมีหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ด้านเภสัชกรรมชุมชนหรือกฎหมายด้านยาอย่างน้อย 5 หน่วยกิต(ในช่วง 3 ปีย้อนหลังจากวันที่มายื่นคำขอ) หรือหลักฐานการผ่านการเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการฯในหลักสูตรที่สภาเภสัชกรรมรับรองฯ)	☐
12	**หนังสือรับรองนิติบุคคล (เฉพาะกรณีผู้ขออนุญาตฯเป็นนิติบุคคล)**	0	1	(ต้องระบุเลขที่ตั้งของสถานที่ที่จะขออนุญาตเป็นสำนักงานสาขาหรือสำนักงานใหญ่ในหนังสือรับรองนิติบุคคล / หนังสือรับรองนิติบุคคลที่ออกให้จะต้องมีอายุไม่เกิน 6 เดือนนับถึงวันที่มายื่นคำขอฯ)	☐
13	**หนังสือแต่งตั้งผู้ดำเนินกิจการ (ใช้เฉพาะกรณีนิติบุคคล)(ปิดอากรแสตมป์ 30 บาท)**	1	0	(การลงนามต้องสอดคล้องตามชื่อผู้มีอำนาจที่จะลงนามตามที่ปรากฏในหนังสือรับรองนิติบุคคลพร้อมแนบสำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจด้วยกรณีที่เป็นบุคคลต่างด้าวให้ใช้สำเนาหนังสือเดินทาง(Passport) และหนังสืออนุญาตให้ทำงานที่ออกโดยกระทรวงแรงงานฯ)	☐
14	**หนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน (ปิดอากรแสตมป์ 10 บาท)**	1	0	(เฉพาะกรณีที่ผู้ขออนุญาต/ผู้ดำเนินการไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขออนุญาตด้วยตนเองและมอบให้ผู้อื่นทำการแทน)	☐
15	**รูปถ่ายและแผนผังของสถานที่ที่ขออนุญาตซึ่งแสดงการสัดส่วนของพื้นที่**	1	0	-	☐

แบบ ข.ย. ๑

ที่ปิดรูปถ่าย
ผู้รับอนุญาต
ขนาด ๓ x ๔ ซม.

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ .....ผู้ยื่นคำขอ

คำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

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 .....

ขอรับใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันโดยมีสถานที่ขายยาชื่อ.....

อยู่เลขที่ .....ตรอก / ซอย.....ถนน.....

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

จังหวัด.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

ลักษณะการประกอบการ [๑]

- ❒ ขายปลีก
- ❒ ขายส่ง
- ❒ ปรุงยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย (เฉพาะขายปลีกเท่านั้น)

---

[๑] *ให้ตอบมากกว่า ๑ ข้อ ในกรณีมีลักษณะการประกอบการมากกว่าหนึ่งลักษณะโดยการตอบจะมีผลต่อการประเมินความพร้อมของสถานที่ อุปกรณ์ และการดำเนินการตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน เพื่อประกอบการอนุญาต*

โดยมีเภสัชกรชั้น .....ชื่อ.....

เลขที่บัตรประชาชน □□□□□□□□□□□□□

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมเลขที่ .....

.....

(ถ้ามีมากกว่าหนึ่งคนให้แจ้งเพิ่มเติมท้ายคำขอนี้จนครบ)

เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา ๓๙ หรือมาตรา ๔๐ แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

เวลาทำการ (เวลาปฏิบัติการ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าในระยะเวลาสองปีก่อนยื่นคำขอนี้ ข้าพเจ้าไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายให้จำคุกในความผิดที่กฎหมายบัญญัติ ให้ถือเอาการกระทำโดยทุจริตเป็นองค์ประกอบหรือในความผิดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ กฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท กฎหมายว่าด้วยการขายยา หรือพระราชบัญญัตินี้

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

(๑) รูปถ่ายของผู้ขออนุญาต ขนาด ๓ x ๔ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป

(๒) เอกสารแสดงการเป็นเจ้าของกิจการและหลักทรัพย์

(๓) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต (กรณีบุคคลธรรมดาเป็นผู้ขออนุญาต) หรือ ผู้ดำเนินกิจการ (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)

(๔) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับรองว่าผู้ขออนุญาตไม่เป็นโรคตามมาตรา ๑๔ (๖) แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

(๕) สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและเภสัชกร ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต

(๖) สำเนาหรือรูปถ่ายใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมของเภสัชกรทุกคน ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต

(๗) เอกสารแสดงว่าเป็นผู้ดำเนินกิจการ (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)

(๘) เอกสารอื่น ๆ ถ้าจำเป็น

(ลายมือชื่อ).....ผู้ขออนุญาต

(.....ตัวบรรจง)

แบบ ข.ย. ๒

ที่ปิดรูปถ่าย
ผู้รับอนุญาต
ขนาด ๓ x ๔ ซม.

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ .....ผู้ยื่นคำขอ

คำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน
เฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ

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 .....

ขอรับใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ โดยมีสถานที่ขายยา

ชื่อ .....

อยู่เลขที่ .....ตรอก / ซอย.....ถนน.....

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

จังหวัด.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

โดยมี ❒ ผู้ประกอบวิชาชีพ .....

ชื่อ .....

เลขที่บัตรประชาชน □□□□□□□□□□□□□

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ..... เลขที่.....

❒ ผู้ได้รับการอบรมตามมาตรา ๔๘ แห่งพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๒๒

ชื่อ .....

เลขที่บัตรประชาชน □□□□□□□□□□□□□

หนังสือรับรองการอบรมตามมาตรา ๔๘ แห่งพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๒๒ เลขที่.....

(ถ้าประเภทใดมีมากกว่าหนึ่งคนให้แจ้งเพิ่มเติมไว้ท้ายคำขอนี้จนครบ)

เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา ๔๑ แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

เวลาทำการ (เวลาปฏิบัติการ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ) .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าในระยะเวลาสองปีก่อนยื่นคำขอนี้ ข้าพเจ้าไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายให้จำคุกในความผิดที่กฎหมายบัญญัติให้ถือเอาการกระทำโดยทุจริตเป็นองค์ประกอบหรือในความผิดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ กฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท กฎหมายว่าด้วยการขายยา หรือพระราชบัญญัตินี้

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

(๑) รูปถ่ายของผู้ขออนุญาต ขนาด ๓ x ๔ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป
(๒) เอกสารแสดงการเป็นเจ้าของกิจการและหลักทรัพย์
(๓) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต หรือผู้แทนหรือผู้จัดการนิติบุคคล
(๔) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับรองว่าผู้ขออนุญาตไม่เป็นโรคตามมาตรา ๑๔ (๖) แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐
(๕) สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและผู้ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต
(๖) สำเนาหรือรูปถ่ายใบอนุญาตประกอบวิชาชีพของผู้ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต หรือสำเนาเอกสารแสดงว่าเป็นผู้สำเร็จหลักสูตรการอบรมตามมาตรา ๔๘ แห่งพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๒๒
(๗) เอกสารแสดงว่าเป็นผู้ดำเนินกิจการ (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)
(๘) เอกสารอื่น ๆ ถ้าจำเป็น

(ลายมือชื่อ).....ผู้ขออนุญาต

(.....ตัวบรรจง)

หมายเหตุ :- ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ❒ หน้าข้อความที่ต้องการ

แบบ ข.ย. ๓

ที่ปิดรูปถ่าย
ผู้รับอนุญาต
ขนาด ๓ x ๔ ซม.

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ .....ผู้ยื่นคำขอ

คำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน
เฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์

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 .....

ขอรับใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์โดยมีสถานที่ขายยาชื่อ .....

.....

อยู่เลขที่ .....ตรอก / ซอย.....ถนน.....

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

จังหวัด.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

โดยมี ❒ ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ชั้น .....

ชื่อ .....

เลขที่บัตรประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมเลขที่ .....

❒ ผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ ชั้น .....สาขา.....

ชื่อ .....

เลขที่บัตรประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์เลขที่.....

(ถ้าประเภทใดมีมากกว่าหนึ่งคนให้แจ้งเพิ่มเติมไว้ท้ายคำขอนี้จนครบ)

เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา ๔๒ หรือมาตรา ๔๓ แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

เวลาทำการ (เวลาปฏิบัติการ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าในระยะเวลาสองปีก่อนยื่นคำขอนี้ ข้าพเจ้าไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายให้จำคุกในความผิดที่กฎหมายบัญญัติ ให้ถือเอาการกระทำโดยทุจริตเป็นองค์ประกอบหรือในความผิดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ กฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท กฎหมายว่าด้วยการขายยาหรือพระราชบัญญัตินี้

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

(๑) รูปถ่ายของผู้ขออนุญาต ขนาด ๓ x ๔ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป

(๒) เอกสารแสดงการเป็นเจ้าของกิจการและหลักทรัพย์

(๓) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต

(๔) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับรองว่าผู้อนุญาตไม่เป็นโรคตามมาตรา ๑๔ (๖) แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

(๕) สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและผู้ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต

(๖) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพของผู้ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต

(๗) เอกสารแสดงว่าเป็นผู้ดำเนินกิจการ (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)

(๘) เอกสารอื่น ๆ ถ้าจำเป็น

(ลายมือชื่อ).....ผู้ขออนุญาต

(.....ตัวบรรจง)

หมายเหตุ :- (๑) ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ❒ หน้าข้อความที่ต้องการ

(๒) ในกรณีผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นสองเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ให้อนุญาตเฉพาะผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นสอง สาขาอายุรกรรมเท่านั้น

ชื่อร้าน.....วันที่ตรวจประเมิน.....

แบบประเมินร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ร้านเปิดใหม่)

ตามกฎกระทรวงการขออนุญาต และการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ.๒๕๕๖

ชื่อร้าน.....เลขที่.....อาคาร/หมู่บ้านชื่อ.....
ชั้นที่.....ถนน.....ซอย.....หมู่ที่.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....
โทรสาร.....E-mail.....

ชื่อผู้รับอนุญาต.....
ชื่อผู้ดำเนินกิจการ.....(เฉพาะ กรณีที่เป็นนิติบุคคล)

มีผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ.....คน ได้แก่

๑. .....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....เวลาปฏิบัติการ.....น.
ขณะประเมิน ☐ พบเภสัชกร ☐ ไม่พบเภสัชกร

๒. .....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....เวลาปฏิบัติการ.....น.
ขณะประเมิน ☐ พบเภสัชกร ☐ ไม่พบเภสัชกร

๓. .....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....เวลาปฏิบัติการ.....น.
ขณะประเมิน ☐ พบเภสัชกร ☐ ไม่พบเภสัชกร

(หากมีผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการหลายคนให้ระบุจนครบทุกคนท้ายแบบตรวจประเมินนี้)

วันที่ประเมิน.....เวลา.....น.

ผู้ประเมิน ๑.....
ผู้ประเมิน ๒.....
.....
.....

ชื่อร้าน.....วันที่ตรวจประเมิน.....

รายการ	เหมาะสม/ถูกต้อง	ควรปรับปรุง / ไม่ถูกต้อง	หมายเหตุ
๑.ภาพรวมของสถานที่ขายยา			
๑.๑ สถานที่ขายยาเป็นสิ่งปลูกสร้างที่มั่นคงถาวร			
๑.๒ มีทะเบียนบ้านที่ออกโดยส่วนราชการ (มีหมายเลขรหัสประจำบ้าน)			
๑.๓ ตั้งอยู่ในสถานที่ซึ่งประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงได้ (มิใช่พื้นที่รโหฐาน หรือพื้นที่ส่วนบุคคล กรณีเป็นอาคารชุดต้องเป็นพื้นที่ที่อนุญาตให้ประกอบกิจการไม่ใช่ที่พักอาศัย)			
๑.๔ มีการจัดการจัดการควบคุมสภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการรักษาคุณภาพผลิตภัณฑ์ให้มีประสิทธิภาพที่ดีในการรักษา อากาศถ่ายเทดี แห้ง สามารถควบคุมอุณหภูมิให้ไม่เกิน ๓๐ องศาเซลเซียส และสามารถป้องกันแสงแดดไม่ให้ส่องโดยตรงถึงผลิตภัณฑ์			O ติดเครื่องปรับอากาศ O มีการป้องกันไม่ให้แสงแดดส่องกระทบถึงผลิตภัณฑ์
๑.๕ มีตู้หรือชั้นวางยาที่สามารถแยกเก็บยาเป็นหมวดหมู่ตามประเภทของยา ทั้งส่วนของหน้าร้าน และพื้นที่เก็บสำรองยา(ถ้ามี) และไม่วางยาสัมผัสกับพื้นโดยตรง			
๑.๖ มีแสงสว่างเพียงพอในการอ่านเอกสาร อ่านฉลากผลิตภัณฑ์ยาและป้ายแสดงต่าง ๆ ได้อย่างชัดเจน			
๑.๗ มีระบบการกำจัดสิ่งปฏิกูล และการรักษาความสะอาด			
๑.๘ มีการควบคุมป้องกันสัตว์แมลงรบกวน ไม่มีสัตว์เลี้ยงในบริเวณขายยา			
๑.๙ มีตู้หรือลิ้นชักเก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ และตู้หรือลิ้นชักเก็บยาเสพติดให้โทษในประเภท ๓ แยกเป็นสัดส่วน (กรณีมีการขออนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือ ประเภท ๔ หรือ ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๓)			

ชื่อร้าน.....วันที่ตรวจประเมิน.....

รายการ	เหมาะสม/ถูกต้อง	ควรปรับปรุง / ไม่ถูกต้อง	หมายเหตุ
๒.การจัดสัดส่วนของพื้นที่			
๒.๑ มีพื้นที่เพียงพอสำหรับให้ผู้เกี่ยวข้องได้ปฏิบัติหน้าที่โดยสะดวก ไม่ว่าจะเป็นผู้รับอนุญาต ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ผู้มาใช้บริการ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ของรัฐที่จะเข้าปฏิบัติหน้าที่			
๒.๒ พื้นที่ของร้านขายยามีการจัดเป็นสัดส่วน ประกอบด้วย O ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร O ส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ O ส่วนสำหรับให้ลูกค้าบริการตนเอง O พื้นที่เก็บสำรองยาเป็นการเฉพาะ(ถ้ามี)			
๒.๓ ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร และ**ส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ** ต้องอยู่ในบริเวณที่ติดต่อกัน และมีพื้นที่ทั้งสองส่วนรวมกันไม่น้อยกว่า ๘ ตารางเมตร โดยความยาวของด้านที่สั้นที่สุดของพื้นที่ต้องไม่น้อยกว่า ๒ เมตร			
๒.๔ จัดให้มีม่าน หรือวัสดุทึบ สำหรับ ใช้ปิดบัง บริเวณ **ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร** ในขณะที่เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ พร้อมทั้งข้อความแจ้งให้ทราบว่าเภสัชกรไม่อยู่ แสดงไว้ให้เห็นได้ชัดเจนจากภายนอกสถานที่			
๒.๕ ส่วนให้คำปรึกษาแนะนำมีการจัดเป็นสัดส่วนโดยมีพื้นที่บนเคาเตอร์ หรือโต๊ะซึ่งเพียงพอต่อการให้บริการ สามารถวางแฟ้มประวัติผู้ป่วย และอุปกรณ์หรือหนังสือที่ประกอบการให้คำปรึกษาแนะนำ ตลอดถึงยาที่ผู้ป่วยได้รับ รวมถึงมีเก้าอี้สำหรับเภสัชกร และผู้มาขอรับคำปรึกษาแนะนำ พร้อมทั้งมีป้ายแสดงชัดเจน			
๒.๖ กรณีมีพื้นที่เก็บสำรองยาเป็นการเฉพาะจะต้องมีพื้นที่เพียงพอ สำหรับการจัดเก็บรักษายาประเภทต่าง ๆ วัสดุและผลิตภัณฑ์อื่น ๆ อย่างเป็นระเบียบ เหมาะสม และไม่วางยาสัมผัสกับพื้นโดยตรง (หากไม่มีพื้นที่เก็บสำรองยาเป็นการเฉพาะให้ระบุ “ไม่มี” ในช่องหมายเหตุ)			

ชื่อร้าน.....วันที่ตรวจประเมิน.....

รายการ	เหมาะสม/ถูกต้อง	ควรปรับปรุง / ไม่ถูกต้อง	หมายเหตุ
๓.ป้าย และอุปกรณ์ต่างๆ			
๓.๑ มีป้าย “สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน” ติดในบริเวณที่ผู้มารับบริการมองเห็นได้ชัดเจน สามารถมองเห็นได้จากภายนอกอาคาร			
๓.๒ มีป้ายแสดงชื่อตัว ชื่อสกุล วิทยฐานะ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ รูปถ่ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ และเวลาปฏิบัติการติดในบริเวณที่ผู้มารับบริการมองเห็นได้ชัดเจน สามารถมองเห็นได้จากภายนอกอาคาร			
๓.๓ มีถาดนับเม็ดยา อย่างน้อย ๒ ถาด กรณีต้องมีการแบ่งบรรจุยากลุ่มเพนนิซิลิน หรือยากลุ่มซัลโฟนาไมด์ หรือยากลุ่มต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAID) ทั้งนี้อุปกรณ์นับเม็ดยาสำหรับยาในกลุ่มเพนนิซิลิน หรือยากลุ่มซัลโฟนาไมด์ หรือยากลุ่มต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAID) ให้แยกใช้เด็ดขาดจากยากลุ่มอื่น ๆ มีการติดป้ายให้เห็นชัดเจนที่อุปกรณ์ และไม้นับยา			
๓.๔ มีอุปกรณ์เครื่องใช้ที่สะอาด และมีอุปกรณ์ทำความสะอาดเพียงพอ เพื่อลดการปนเปื้อนกับยากลุ่มที่อาจก่อให้เกิดอาการแพ้			
๓.๕ มีตู้เย็น (เฉพาะกรณีมียาที่ต้องเก็บรักษาในอุณหภูมิที่ต่ำกว่าอุณหภูมิห้อง) ในสภาพที่ใช้งานได้ตามมาตรฐาน มีพื้นที่เพียงพอสำหรับการจัดเก็บยาแต่ละชนิดเป็นสัดส่วน เฉพาะไม่ใช้เก็บของปะปนกับสิ่งของอื่น			
๓.๖ มีอุปกรณ์ตามรายการ ดังนี้ อย่างน้อย ๑ เครื่อง O เครื่องวัดความดันโลหิต (ชนิดอัตโนมัติ) O เครื่องชั่งน้ำหนักสำหรับผู้มารับบริการ O อุปกรณ์ที่วัดส่วนสูงสำหรับผู้มารับบริการ O อุปกรณ์สำหรับดับเพลิง โดยอุปกรณ์อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งาน/ใช้ได้ดีตามมาตรฐาน			

ชื่อร้าน.....วันที่ตรวจประเมิน.....

รายการ	เหมาะสม/ถูกต้อง	ควรปรับปรุง / ไม่ถูกต้อง	หมายเหตุ
๔. การปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน			
๔.๑ มี ชื่อร้าน ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์สำหรับติดต่อบนซองสำหรับบรรจุยา			
๔.๒ เภสัชกรแต่งกายด้วยเสื้อกาวน์สีขาว ติดเครื่องหมายสัญลักษณ์ของสภาเภสัชกรรม และแสดงตนว่าเป็นเภสัชกร			
๔.๓ พนักงานร้านยาและบุคลากรอื่นภายในร้านขายยาต้องใส่สีเสื้อ ป้ายแสดงตน ไม่สื่อไปในทางที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจว่าเป็นเภสัชกร			
๔.๔ เภสัชกร และพนักงานร้านยา มีความเข้าใจในการจัดวางยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ วัตถุออกฤทธิ์ และยาเสพติดเป็นแต่ละกลุ่มแยกจากกัน และจัดวางยาในลักษณะที่ป้องกันไม่ให้ผู้รับบริการเข้าถึงยาดังกล่าวด้วยตัวเอง ๔.๔.๑ ความหมาย วิธีสังเกต และให้ยกตัวอย่างยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ วัตถุออกฤทธิ์ และยาเสพติดอย่างละ ๓ รายการ ๔.๔.๒ อธิบายเหตุผล และความจำเป็น ที่ต้องจัดวางยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ วัตถุออกฤทธิ์ และยาเสพติดให้ ๔.๔.๒.๑ ยาแต่ละกลุ่มแยกกัน ๔.๔.๒.๒ การจัดวางยาในลักษณะที่ป้องกันไม่ให้ผู้รับบริการเข้าถึงยาดังกล่าวด้วยตัวเอง			
๔.๕ มีแบบบัญชีต่างๆตามที่กฎกระทรวงกำหนด O บัญชีการซื้อยา (แบบ ข.ย.๙) O บัญชีการขายยาควบคุมพิเศษ (แบบ ข.ย.๑๐) O บัญชีการขายยาอันตรายเฉพาะรายการที่เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยากำหนด (แบบ ข.ย.๑๑) O บัญชีการขายยาตามใบสั่งยาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ (แบบ ข.ย.๑๒)			

ชื่อร้าน.....วันที่ตรวจประเมิน.....

รายการ	เหมาะสม/ถูกต้อง	ควรปรับปรุง / ไม่ถูกต้อง	หมายเหตุ
๔.๖ ไม่มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์			

สรุปผลการประเมิน

๑.สิ่งที่ต้องปรับปรุง และระยะเวลาแล้วเสร็จ .....

.....

.....

๒.ความคิดเห็นของผู้ประเมินต่อการให้อนุญาต.....

.....

.....

ผู้รับอนุญาต และเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ต่างทราบตรงกันเกี่ยวกับการที่เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการจะต้องมาปฏิบัติหน้าที่ ณ ร้านยา ตามเวลาที่ระบุ อย่างเคร่งครัด

.....	....
(.....)	(.....)
ผู้ขอรับอนุญาต	ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ในการตรวจครั้งนี้ เจ้าหน้าที่มิได้ทำให้ทรัพย์สินของผู้ประกอบธุรกิจ สูญหาย หรือเสียหาย แต่อย่างใด อ่านให้ฟังแล้ว/อ่านดูเอง รับรองว่าถูกต้องจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

.....	....
(.....)	(.....)
ผู้ขอรับอนุญาต	ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
.....	.....
(.....)	(.....)
ผู้ประเมิน ๑	ผู้ประเมิน ๒
.....	.....
(.....)	(.....)
พยาน	พยาน

แบบตรวจสถานที่
ขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์ (ขย.3)
(เพื่อประกอบการพิจารณาอนุญาตให้เป็นสถานที่ขายยา)

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 91 แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 แก้ไขเพิ่มเติมโดยมาตรา 31 แห่งพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2522 และมาตรา 9 4 แห่งราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 และระเบียบสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาว่าด้วยหลักเกณฑ์การพิจารณาเกี่ยวกับสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2547 พนักงานเจ้าหน้าที่ประกอบด้วย

.....

.....

ได้มาตรวจสถานที่ขออนุญาตขายยาแห่งนี้ และบันทึกการตรวจไว้ดังต่อไปนี้

1. ชื่อสถานที่.....ประเภท.....ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....
   ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
2. ชื่อผู้ขอรับอนุญาต/ชื่อผู้ดำเนินการ.....
3. ชื่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....
4. วันที่ทำการตรวจ..... เวลา.....น. ผลการตรวจมีดังนี้

[ ] มีสถานที่ตั้งและการจัดสถานที่ภายในร้านตรงกับที่ได้ขออนุญาตไว้
[ ] สถานที่ขออนุญาตก่อสร้างด้วยวัสดุแข็งแรง,มั่นคง,เคลื่อนย้ายไม่ได้,ระบบถ่ายเทอากาศและสะอาด
[ ] มีพื้นที่เพียงพอและแบ่งพื้นที่ให้เป็นสัดส่วน(สถานที่จำหน่าย,สำรองยา หรือยารอทำลาย)
[ ] มีโต๊ะ เก้าอี้ สำหรับการทำงานของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ พร้อมทั้งเก้าอี้สำหรับผู้มารับคำปรึกษานั่ง
[ ] มีตู้หรือชั้นวางยาที่สามารถแยกเก็บยาได้เป็นหมวดหมู่
[ ] มีการจัดการ ควบคุมสภาวะแวดล้อมเหมาะสมต่อการรักษาคุณภาพผลิตภัณฑ์ เช่น ป้องกันแสงแดดไม่ให้ส่องกระทบยา
[ ] มีป้ายแสดงสัญญลักษณ์ ที่กำหนดอย่างถูกต้อง ครบถ้วน
    ( ) ป้ายแสดง "สถานที่ขายยา แผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์" ด้วยวัตถุถาวรสีแดง,ขนาด 20x70 เซนติเมตร,ตัวอักษรไทยสีขาวสูงไม่น้อยกว่า 3 เซนติเมตร
    ( ) ป้ายแสดง ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ แสดง ชื่อตัว-ชื่อสกุล ,วิทยะฐานะของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ และเวลาปฏิบัติการ ด้วยวัตถุถาวรสีแดง,ขนาด 20x50 เซนติเมตร, ตัวอักษรไทยสีขาวสูงไม่น้อยกว่า 3 เซนติเมตร
[ ] มีการกำจัดสิ่งปฏิกูลและการรักษาความสะอาด ตามความจำเป็น
[ ] สถานที่ปรุงยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการปรุงยาแผนปัจจุบัน ตามใบสั่งยาสำหรับคนไข้เฉพาะรายของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ถ้ามี)
    ( ) มี , ขนาด.....ตารางเมตร ( ) ไม่มี
[ ] อุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษาคุณภาพของยาที่เก็บไว้ ได้แก่ ตู้เย็น
[ ] ไม่มีสัตว์เลี้ยงหรือสัตว์ที่อาจเป็นพาหะของโรค

5. สรุปผลการตรวจ ( ) เหมาะสม ที่จะเป็นสถานที่ขายยา
   ( ) ไม่เหมาะสมที่จะเป็นสถานที่ขายยาเพราะ.....
   .....

ในการมาตรวจครั้งนี้ พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มาทำการตรวจมิได้ทำให้ทรัพย์สินที่อยู่ในสถานที่แห่งนี้สูญหายหรือเสียหายแต่ประการใด และอ่านให้ฟังแล้ว ขอรับรองว่าถูกต้อง จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....) (.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....พยาน
(.....) (.....)

1#

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
เลขที่ 160 หมู่ 3 ถ.อุทัย-หนองฉาง ต.น้ำซึม อ.เมือง จ.อุทัยธานี 61000
โทรศัพท์ 0-5651-1565 โทรสาร 0-5651-1327

(Bill Payment)
เลขที่.....

บมจ.ธนาคารกรุงไทย (Bill Payment)
Company Code: 707534

วันที่.....

ชื่อ - สกุล.....

Ref : 1 เลขบัตรประจำตัวประชาชน | Ref : 2 ประเภทรายได้ | Ref : 3 หมายเลขโทรศัพท์

รหัส Ref : 2 ประเภทรายได้

101 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล	110 ค่าใช้จ่ายที่จัดเก็บตาม ม.44 (คำสั่ง คสช.ที่77/59)	121 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
102 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	111 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	122 ค่าปรับชดใช้ทุน
103 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท	112 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.ยาสูบ	123 นำดอกเบี้ยเงินฝากธนาคารนำส่งเป็นรายได้แผ่นดิน
104 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.ยา	113 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.อาหาร	124 นำเงินหลักประกันสัญญาเข้าบัญชีเงินฝากคลัง
105 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.อาหาร	114 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.ยา	125 นำเงินนอกงบประมาณเกินวงเงินเก็บรักษาเข้าบัญชีเงินฝากคลัง
106 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.เครื่องมือแพทย์	115 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.เครื่องสำอาง	126 นำเงินจำหน่ายครุภัณฑ์ทอดตลาดนำส่งเป็นรายได้แผ่นดิน
107 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.เครื่องสำอาง	116 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ	127 ริบเงินหลักประกันสัญญานำส่งเป็นรายได้แผ่นดิน
108 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ	117 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท	128 ค่าธรรมเนียมการรับสมัครสอบบุคคล
109 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.วัตถุอันตราย	118 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.วัตถุอันตราย	129 เงินเหลือจ่ายปีเก่าส่งคืน
	119 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.เครื่องมือแพทย์	130 เบิกเกินส่งคืนเงินนอกงบประมาณฝากคลัง
	120ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล	131 ชำระเงินอื่นๆ

☐ เงินสด (Cash) ☐ เงินโอน (TR) ☐ แคชเชียร์เช็ค เลขที่.....	ธนาคาร (Bank)	สาขา (Branch)
จำนวนเงินเป็นตัวอักษร (Amount in letter)		จำนวนเงินเป็นตัวเลข (Amount in digit)
บาท(Bath)		

ผู้นำฝาก..... เบอร์โทรศัพท์ ..... เจ้าหน้าที่ธนาคารประทับตรา .....

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
เลขที่ 160 หมู่ 3 ถ.อุทัย-หนองฉาง ต.น้ำซึม อ.เมือง จ.อุทัยธานี 61000
โทรศัพท์ 0-5651-1565 โทรสาร 0-5651-1327

แบบฟอร์มการชำระเงิน
(Bill Payment)
เลขที่.....

บมจ.ธนาคารกรุงไทย (Bill Payment)
Company Code: 707534
วันที่.....
ชื่อ - สกุล.....
Ref : 1 เลขบัตรประจำตัวประชาชน | Ref : 2 ประเภทรายได้ | Ref : 3 หมายเลขโทรศัพท์
รหัส Ref : 2 ประเภทรายได้

101 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล	110 ค่าใช้จ่ายที่จัดเก็บตาม ม.44 (คำสั่ง คสช.ที่77/59)	121 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
102 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	111 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	122 ค่าปรับชดใช้ทุน
103 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท	112 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.ยาสูบ	123 นำดอกเบี้ยเงินฝากธนาคารนำส่งเป็นรายได้แผ่นดิน
104 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.ยา	113 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.อาหาร	124 นำเงินหลักประกันสัญญาเข้าบัญชีเงินฝากคลัง
105 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.อาหาร	114 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.ยา	125 นำเงินนอกงบประมาณเกินวงเงินเก็บรักษาเข้าบัญชีเงินฝากคลัง
106 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.เครื่องมือแพทย์	115 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.เครื่องสำอาง	126 นำเงินจำหน่ายครุภัณฑ์ทอดตลาดนำส่งเป็นรายได้แผ่นดิน
107 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.เครื่องสำอาง	116 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ	127 ริบเงินหลักประกันสัญญานำส่งเป็นรายได้แผ่นดิน
108 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ	117 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท	128ค่าธรรมเนียมการรับสมัครสอบบุคคล
109 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.วัตถุอันตราย	118 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.วัตถุอันตราย	129 เงินเหลือจ่ายปีเก่าส่งคืน
	119 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.เครื่องมือแพทย์	130 เบิกเกินส่งคืนเงินนอกงบประมาณฝากคลัง
	120ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล	131 ชำระเงินอื่นๆ

☐ เงินสด (Cash) ☐ เงินโอน (TR) ☐ แคชเชียร์เช็ค เลขที่.....	ธนาคาร (Bank)	สาขา (Branch)
จำนวนเงินเป็นตัวอักษร (Amount in letter)		จำนวนเงินเป็นตัวเลข (Amount in digit)
บาท(Bath)		

ผู้นำฝาก..... เบอร์โทรศัพท์ ..... เจ้าหน้าที่ธนาคารประทับตรา .....

หนังสือนัดหมายของผู้ขออนุญาต

เขียนที่.....

.....

วันที่.....

เรื่อง ขอให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสถานที่

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ข้าพเจ้า.....ได้ยื่นคำขอ.....
ณ สถานที่ชื่อ..... ที่อยู่.....
..... โทรศัพท์.....

บัดนี้ ได้จัดเตรียมสถานที่ตามแผนผังที่ได้ยื่นขออนุญาตเรียบร้อยแล้ว พร้อมที่จะให้พนักงานเจ้าหน้าที่ได้ทำการตรวจสถานที่เพื่อประกอบการขออนุญาต ตั้งแต่วันที่.....เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

ใบขออนุญาตใช้รถยนต์ส่วนกลาง

เลขที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง.....
ขออนุญาตใช้รถยนต์ของทางราชการไปราชการที่.....
เพื่อ.....มีคนนั่ง.....คน (รวมพนักงานขับรถยนต์)
ในวันที่.....เวลา.....น. ถึงวันที่.....เวลา.....น.

(ลงชื่อ).....ผู้ขออนุญาต
(.....)

(ลงชื่อ).....หน.กลุ่มงาน/หน.ฝ่าย/ผู้แทน
(.....)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
ในการเดินทางไปราชการครั้งนี้
1. เห็นควรอนุญาตให้นำรถยนต์ ยี่ห้อ.....
หมายเลขทะเบียน.....ไปราชการ โดยมี
.....ทำหน้าที่พนักงานขับรถยนต์
2. เห็นควรอนุมัติให้เติมน้ำมันเชื้อเพลิงตามใบสั่งซื้อน้ำมัน
เลขที่/เล่มที่.....ลงวันที่.....
ตามรายการ ดังนี้
☐ น้ำมันดีเซล จำนวน.....ลิตร
☐ น้ำมันเบนซิน จำนวน.....ลิตร
☐ อื่น ๆ.....
3. เห็นควรอนุมัติแต่งตั้ง.....
เป็นเจ้าหน้าที่ตรวจรับพัสดุ
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ).....
(.....)

อนุญาต

.....

.....

.....

ในการไปราชการครั้งนี้เบิกจ่ายค่าใช้จ่าย/น้ำมันรถยนต์จาก

☐ งบค่าใช้จ่ายดำเนินงานของกลุ่มงานบริหารทั่วไป ปีงบประมาณ.....
☐ โครงการ.....
☐ อื่น ๆ.....

แบบ ข.ย. ๕

ที่ปิดรูปถ่าย
ผู้รับอนุญาต
ขนาด ๓ x ๔ ซม.

O ขายปลีก
O ขายส่ง
O ปรุงยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย

ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

ใบอนุญาตที่ ...../.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

.....

โดยมี .....

เลขที่บัตรประชาชน □□□□□□□□□□□□□ เป็นผู้ดำเนินกิจการ เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน ณ สถานที่ขายยา ชื่อ .....

อยู่เลขที่ .....ตรอก / ซอย .....ถนน.....

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

จังหวัด.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

โดยมี เภสัชกรชั้น.....ชื่อ.....

เลขที่บัตรประชาชน □□□□□□□□□□□□□ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

เลขที่.....

เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา ๓๙ หรือมาตรา ๔๐ แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

เวลาทำการ (เวลาปฏิบัติการ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ) .....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ..... และให้ใช้ได้เฉพาะสถานที่ขายยาที่ระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ให้ไว้ ณ วันที่..... เดือน.....พ.ศ. .....

(ลายมือชื่อ).....

ตำแหน่ง.....

ผู้อนุญาต

การต่ออายุ ครั้งที่ ๑

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง
วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....
(ลายมือชื่อ).....
ผู้อนุญาต
ตำแหน่ง .....
...../...../.....

การต่ออายุ ครั้งที่ ๒

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง
วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....
(ลายมือชื่อ).....
ผู้อนุญาต
ตำแหน่ง .....
...../...../.....

การต่ออายุ ครั้งที่ ๓

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง
วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....
(ลายมือชื่อ).....
ผู้อนุญาต
ตำแหน่ง .....
...../...../.....

รายการแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาต

แบบ ข.ย. ๖

ที่ปิดรูปถ่าย
ผู้รับใบอนุญาต
ขนาด ๓ x ๔ ซม.

ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน
เฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ

ใบอนุญาตที่ ...../.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

.....

โดยมี .....

เลขที่บัตรประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ เป็นผู้ดำเนินกิจการ เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ ณ สถานที่ขายยา ชื่อ .....
อยู่เลขที่ .....ตรอก / ซอย .....ถนน.....
หมู่ที่.....ตำบล / แขวง .....อำเภอ / เขต.....
จังหวัด.....โทรศัพท์ .....โทรศัพท์มือถือ.....
โดยมี ❒ เภสัชกรชั้น.....ชื่อ.....

เลขที่บัตรประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม
เลขที่.....

❒ ผู้ประกอบวิชาชีพ.....ชื่อ.....

เลขที่บัตรประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....
เลขที่.....

❒ ผู้ได้รับการอบรมตามมาตรา ๔๘ แห่งพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๒๒

ชื่อ.....เลขที่บัตรประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
หนังสือรับรองเลขที่ .....
เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา ๔๑ แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

เวลาทำการ (เวลาปฏิบัติการ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ) .....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ..... และให้ใช้ได้เฉพาะสถานที่ขายยาที่ระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ให้ไว้ ณ วันที่..... เดือน.....พ.ศ. .....

(ลายมือชื่อ).....
ตำแหน่ง.....
ผู้อนุญาต

การต่ออายุ ครั้งที่ ๑
ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง
วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....
(ลายมือชื่อ).....
ผู้อนุญาต
ตำแหน่ง .....
...../...../.....

การต่ออายุ ครั้งที่ ๒
ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง
วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....
(ลายมือชื่อ).....
ผู้อนุญาต
ตำแหน่ง .....
...../...../.....

การต่ออายุ ครั้งที่ ๓
ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง
วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....
(ลายมือชื่อ).....
ผู้อนุญาต
ตำแหน่ง .....
...../...../.....

รายการแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาต

แบบ ข.ย. ๗

ที่ปิดรูปถ่าย
ผู้รับอนุญาต
ขนาด ๓ x ๔ ซม.

ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน
เฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์

ใบอนุญาตที่ ...../.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

.....

โดยมี .....

เลขที่บัตรประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ เป็นผู้ดำเนินกิจการ เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์ ณ สถานที่ขายยา ชื่อ .....
อยู่เลขที่ .....ตรอก / ซอย .....ถนน.....
หมู่ที่.....ตำบล / แขวง .....อำเภอ / เขต.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....
โดยมี ❒ เภสัชกรชั้น.....ชื่อ.....

เลขที่บัตรประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม
เลขที่.....

❒ ผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้น.....สาขา.....
ชื่อ .....

เลขที่บัตรประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์
เลขที่.....
เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา ๔๒ หรือมาตรา ๔๓ แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

เวลาทำการ (เวลาปฏิบัติการ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ) .....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ..... และให้ใช้ได้เฉพาะสถานที่ขายยาที่ระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ให้ไว้ ณ วันที่..... เดือน.....พ.ศ. .....

(ลายมือชื่อ).....
ตำแหน่ง.....
ผู้อนุญาต

การต่ออายุ ครั้งที่ ๑	**การต่ออายุ ครั้งที่ ๒**	**การต่ออายุ ครั้งที่ ๓**
ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง	ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง	ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง
วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.	วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.	วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .....
(ลายมือชื่อ)..... ผู้อนุญาต	(ลายมือชื่อ)..... ผู้อนุญาต	(ลายมือชื่อ)..... ผู้อนุญาต
ตำแหน่ง ..../...../.....	ตำแหน่ง ..../...../.....	ตำแหน่ง ..../...../.....

รายการแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาต

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 (เฉพาะสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ)

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.....

(ต่อหน้า ๒/๓)

(๖) ข้าพเจ้ารับทราบและจะปฏิบัติตามหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวกับยากำหนดไว้ 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 ตามกฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน 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

ตราประทับ
หน่วยงาน

.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

<u>เฉพาะกรณีที่เภสัชกรไม่ได้รับราชการ หรือ ทำงานประจำ</u> (ให้กรอกข้อความ อ่านและลงนามข้างล่างนี้)

ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่ได้รับราชการหรือทำงานประจำที่ใด ทั้งนี้ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

ลงชื่อ.....

(.....)

เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510

เขียนที่……..

วันที่……เดือน……..……พ.ศ……..

สัญญาระหว่าง ……..……ในนามของ ……..……..

เลขที่ …….ถนน……ตำบล……อำเภอ ……..……

จังหวัด……..ซึ่งต่อไปนี้ในสัญญานี้เรียกว่า “ผู้รับอนุญาต” ฝ่ายหนึ่งกับ……..……..

( ) การบำบัดโรคสัตว์

ผู้ประกอบ ( ) โรคศิลปะ แผน……สาขา……..

( ) วิชาชีพ……

ชั้น……..ใบอนุญาตเลขที่……ซึ่งต่อไปนี้ในสัญญาเรียกว่า “ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ”อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำสัญญานี้เพื่อปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ 2510 ร่วมกันโดยมีข้อความดังต่อไปนี้

1. ผู้รับอนุญาตยินยอมและตกลงให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเข้าปฏิบัติหน้าที่ ณ…….. ของผู้รับอนุญาตเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ตั้งแต่วันที่ทำสัญญาเป็นต้นไป

2. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการยินยอมรับปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ในหน้าที่ที่กำหนดไว้ตามข้อ 1. ของสัญญานี้ทุกประการ

3. ผู้รับอนุญาตยินยอมจ่ายค่าเงินทดแทนเป็นรายเดือนให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เดือนละ……..บาท (……) ภายในวันสิ้นเดือนปฏิทินทุก ๆ เดือน

4. หนังสือสัญญานี้มีอายุสัญญา จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ……

5. หากคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดบอกเลิกสัญญานี้ก่อนครบกำหนดตามข้อ 4. ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้อีกฝ่ายหนึ่งทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า……วัน และต้องแจ้งให้กองควบคุมยาทราบตามกฎหมายด้วย

6. หากต้องมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ที่ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทำอยู่ เพื่อให้การปฏิบัติการได้เป็นไปโดยถูกต้องตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 และกฎกระทรวงซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติยาฉบับดังกล่าว ผู้รับอนุญาตยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกประการ

7. ภาษีเงินได้ที่จะต้องเสียตามกฎหมาย ผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตกลงกันว่……. ……เป็นผู้เสีย

- 8. หากปรากฏว่า คู่สัญญา-

8. หากปรากฏว่า คู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไม่ปฏิบัติตามสัญญานี้แม้แต่ข้อหนึ่งข้อใด สัญญานี้เป็นอันเลิกกันทันที โดยคู่สัญญาไม่ต้องปฏิบัติตามข้อ 5. และคู่สัญญามีสิทธิจะฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายได้ตามกฎหมาย หากมีการฟ้องร้องกันขึ้น ทั้งสองฝ่ายตกลงกันว่าฝ่ายที่ผิดสัญญาจะต้องเป็นผู้ชดใช้ค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้อง เช่น ค่าทนายและค่าธรรมเนียมศาล หรืออื่น ๆ เป็นต้น

9. สัญญานี้ทำขึ้นเป็นสามฉบับมีข้อความตรงกัน คู่สัญญาต่างยึดถือไว้คนละหนึ่งฉบับและมอบให้กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเก็บไว้เป็นหลักฐานหนึ่งฉบับ

คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายต่างเข้าใจข้อความในสัญญานี้ดีแล้ว จึงได้ลงชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ขออนุญาต

(ลงชื่อ).....ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

(ลงชื่อ).....พยาน

(ลงชื่อ).....พยาน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี	วิธีการปฏิบัติงาน

เรื่อง การพิจารณาคำขอต่ออายุใบอนุญาตขายยา

เลขที่เอกสาร : WI – OSSC – 05

แก้ไขครั้งที่ : 0

วันที่เริ่มใช้ : 1 ตุลาคม 2563

หน่วยงานที่ถือครองเอกสาร: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

ตำแหน่ง		ลงนาม	วันที่
ผู้จัดทำ :	**นางสาวกฤษณี เกิดศรี** **เภสัชกรชำนาญการ**		1 ตุลาคม 2563
ผู้ทบทวน :	**นางจิราพร เกษศิลป์** **หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข**		1 ตุลาคม 2563
ผู้อนุมัติ :	**นายปรารถนา ประสงค์ดี** **นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี**		1 ตุลาคม 2563

ประวัติการแก้ไข

แก้ไขครั้งที่	รายละเอียดการแก้ไข	วัน เดือน พ.ศ.
0	เริ่มออกเอกสารใหม่	1 ตุลาคม 2563

1. วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางในการพิจารณาอนุญาตต่ออายุใบอนุญาตขายยา ได้อย่างถูกต้องตามที่กฎหมายกำหนดและตามกำหนดเวลาในคู่มือประชาชน

2. ขอบเขต

ระเบียบปฏิบัติงานนี้ครอบคลุมตั้งแต่รับคำขอ จนถึงส่งมอบใบอนุญาต

3. คำจำกัดความ

3.1 **ใบอนุญาตขายยา** หมายถึง ใบอนุญาตขายยายาตามความหมายใน พระราชบัญญัติยา พ.ศ.๒๕๑๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ที่มีสถานที่ตั้งอยู่ในจังหวัดอุทัยธานี

3.2 **ผู้อนุญาต** หมายถึง ผู้ว่าราชการจังหวัดอุทัยธานี

3.3 **เจ้าหน้าที่** หมายถึง ผู้ที่ได้รับคำสั่งแต่งตั้งให้มีหน้าที่ในการพิจารณาอนุญาตยา ตามคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

4. หน้าที่ความรับผิดชอบ

4.1 เภสัชกรศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ผู้มีหน้าที่พิจารณาคำขอ และตรวจสถานที่

4.2 เจ้าหน้าที่ธุรการ มีหน้าที่นำส่งหนังสือทางไปรษณีย์แบบลงทะเบียนตอบรับ

5. วิธีการปฏิบัติงาน

5.1 รับเอกสารคำขอและตรวจสอบคำขอ (30 นาที)

เจ้าหน้าที่รับเอกสารคำขอ และทำการตรวจสอบคำขอตาม Checklist

5.1.1 กรณีตรวจสอบแล้วพบว่าเอกสารคำขอไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน ให้เจ้าหน้าที่บันทึกข้อบกพร่องที่ต้องแก้ไขพร้อมกับให้ผู้ขออนุญาตลงลายมือชื่อใน Checklist ให้เรียบร้อย และคืนเอกสารคำขอให้ผู้ยื่นคำขอนำกลับไปแก้ไขให้ถูกต้อง

5.1.2 กรณีตรวจสอบแล้วพบว่าเอกสารคำขอถูกต้องและครบถ้วน ให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการดังนี้

5.1.2.1 ออกใบ e-payment ค่าพิจารณาตาม ม.44 มีค่าคำขอต่ออายุใบอนุญาตขายยา คำขอละ 500 บาท และค่าตรวจสถานที่ตามเกณฑ์ GPP 2,000 บาท(เฉพาะ ขย.1 ที่ได้รับการตรวจ GPP ในปีที่ยื่นคำขอ)

5.1.2.2 ให้ผู้ยื่นคำขอนำใบ e-payment ไปชำระที่การเงิน(กรณีนอกเหนือเงินสด) หรือเคาเตอร์ธนาคารกรุงไทย(กรณีเงินสด)

5.1.2.3 ลงรับคำขอในทะเบียนหนังสือลงรับ(ศูนย์ผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี) เมื่อผู้ยื่นคำขอแสดงหลักฐานการจ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว พร้อมทั้งบันทึกเลขที่ใบเสร็จชำระเงินในเอกสารคำขอ และลงระยะเวลาแล้วเสร็จ 3 วันทำการนับตั้งแต่วันที่ยื่นคำขอสำเร็จ

5.2 พิจารณา อนุญาต/ไม่อนุญาต (180 นาที)

5.3.1 บันทึกข้อความเสนอหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ลงนามผ่านหนังสือเพื่อเสนอให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานีพิจารณาลงนามอนุญาต พร้อมหนังสือแจ้งให้ผู้รับอนุญาตมารับใบอนุญาต

5.3.2 บักทึกข้อมูลการอนุญาตขายยาลงในระบบ e-sub ตามคู่มือเจ้าหน้าที่การลง e-sub

5.4 ลงนามอนุญาต (2 วันทำการ)

5.4.1 นายแพทย์สาธารณสุขพิจารณาลงนามอนุญาต

5.5 แจ้งผลและส่งมอบใบอนุญาต (90 นาที)

5.5.1 แจ้งผู้รับอนุญาตรับใบอนุญาตและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ทางโทรศัพท์ ทางไลน์ และการส่งไปรษณีย์ (ส่งโดยธุรการ)

5.5.2 เจ้าหน้าที่ขอดูบัตรประชาชนของผู้มารับ กรณีถ้าไม่ใช่ผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการขอดูเอกสารมอบหมายให้มารับแทนพร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับอนุญาตและผู้มารับใบอนุญาต

5.5.3 เจ้าหน้าที่ ออกใบ e-payment ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตขายยาตามประเภท (ขย.2,3 1,000 บาท ขย.1 2,000 บาท) ให้ผู้ยื่นคำขอนำใบ e-payment ไปชำระที่การเงิน(กรณีนอกเหนือเงินสด) หรือเคาเตอร์ธนาคารกรุงไทย(กรณีเงินสด)

5.5.4 เมื่อผู้มารับใบอนุญาตแสดงหลักฐานการชำระเงินค่าธรรมเนียมเรียบร้อยแล้ว จึงให้ผู้มารับใบอนุญาตลงชื่อรับใบอนุญาต และให้เจ้าหน้าที่ส่งมอบใบอนุญาตพร้อมเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องให้ผู้มารับใบอนุญาต

6. เอกสารอ้างอิง

6.1 พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม

6.2 คำสั่งจังหวัดอุทัยธานี ที่ ๓/๒๕๖๓ เรื่อง การมอบอำนาจให้ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดอุทัยธานี

6.3 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องค่าใช้จ่ายที่จะจัดเก็บจากผู้ยื่นคำขอในกระบวนการพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์ยา พ.ศ.2560

6.4 กฎกระทรวงฉบับที่ 26 (พ.ศ.2537) ออกตามความในพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510

7. แบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง

7.1 Checklist ตรวจสอบคำขอต่ออายุใบอนุญาตขายยา

7.2 แบบ ขย.15 (แบบคำขอต่ออายุใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันทุกประเภท)

7.3 แบบ ขย.14 (คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ)

7.4 สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

7.5 แบบฟอร์มชำระเงิน e-payment

7.6 ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

7.7 ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ

7.8 ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์

7.9 คู่มือเจ้าหน้าที่การลงระบบ e-sub

8. หมายเหตุ

8.1 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในแต่ละขั้นตอนให้ดำเนินการแล้วเสร็จตามเวลาที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนของแต่ละคำขอ

เอกสารประกอบการพิจารณา : การขอต่ออายุใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (ทุกประเภท)

หน่วยงานที่ให้บริการ :สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี **สถานที่ขายยา ชื่อ**.....

เอกสารประกอบการขออนุญาต

	รายการเอกสาร	ตัวจริง	สำเนา	หมายเหตุ	
1	**คำขอต่ออายุใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.15)**	1	0		☐
2	**ใบอนุญาตขายยา หรือใบแทน**	1	0		☐
3 / 4	**บัตรประจำตัวประชาชน /ทะเบียนบ้าน (ผู้รับอนุญาต)**	0	1/1		☐
5	**ใบรับรองแพทย์ / ผู้ดำเนินกิจการ (ผู้รับอนุญาต)**	1	0		☐
6	**เอกสารแสดงว่าผู้ดำเนินกิจการ เป็นผู้แทนนิติบุคคล**	0	1		☐
7	**คำรับรอง ข.ย.14**	1	0		☐
8	**คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน ข.ย.14 หน้า 3**	1	0		☐
9	**ใบรับรองแพทย์ (ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ)**	1	0		☐
10/11	**บัตรประชาชน/ทะเบียนบ้าน (ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ)**	0	1/1		☐
12	**ผลการตรวจประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (GPP หรือ ร้านยาคุณภาพ)**	0	1	ขย.1	☐
13	**ใบประกอบวิชาชีพ**	1	1	กรณีที่ใบเก่าหมดอายุ	☐
14	**สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ**	3	0		☐
15	**(กรณีเปลี่ยนใบใหม่ หรือขอใหม่) รูปถ่ายสีพื้นหลังเรียบหน้าตรงใบหน้าชัดเจนไม่ยิ้มไม่สวมหมวกหรือแว่นดำของผู้ขออนุญาตขนาด 3x4 เซนติเมตรถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน (อัดด้วยกระดาษโฟโต้ไม่ใช่ปริ้นท์สีจากเครื่องพิมพ์)**	3	0		☐
16	**หลักฐานแสดงการชำระค่าใช้จ่ายในการตรวจประเมินสถานที่ การตรวจประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (GPP)**	0	1	2,000 บาท (เฉพาะ ขย 1 ที่ตรวจปี 2563)	☐
17	**หลักฐานแสดงการชำระค่าใช้จ่ายคำขอต่ออายุใบอนุญาต**	0	1	500 บาท	☐
18	**หลักฐานแสดงการชำระค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาต**	0	1	ขย.1 = 2,000 บาท ขย.2 = 1,000 บาท ขย.3 = 1,000 บาท	☐
19	**อื่นๆ**				☐
20	**ประสงค์รับใบอนุญาต** **O ที่ สสจ.อุทัยธานี** **O ส่งไปรษณีย์**	..... ผู้ยื่นคำขอ		กรณี ส่งทางไปรษณีย์ เมื่อเกิดการสูญหาย หรือเสียหาย ผู้รับอนุญาตรับผิดชอบเองทุกกรณี	

ระยะเวลาดำเนินการตามคู่มือประชาชน 3 วันทำการ (วันที่...../...../..... เวลา.....น. – วันที่ ..... /...../..... เวลา.....น.)

ลายมือชื่อ.....ผู้ตรวจสอบเอกสาร **ลายมือชื่อ.....ผู้พิจารณา**

ว/ด/ป ..... (1 วัน) **ว/ด/ป ..... (1 วัน)**

วันเดือนปีที่ผู้มีอำนาจลงนาม

ว/ด/ป ..... (1 วัน) **รวมเวลาดำเนินการ.....วัน**

แบบ ข.ย. ๑๕

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

คำขอต่ออายุใบอนุญาต

- ❒ **ขายยาแผนปัจจุบัน**
- ❒ **ขายส่งยาแผนปัจจุบัน**
- ❒ **ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ**
- ❒ **ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์**

เขียนที่ .....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า .....

(ชื่อผู้รับอนุญาต)

มีผู้ดำเนินกิจการ ชื่อ..... (เฉพาะกรณีนิติบุคคล)

เลขที่บัตรประชาชน □□□□□□□□□□□□□ ได้รับอนุญาตให้ขายยา.....

ใบอนุญาตเลขที่.....ณ สถานที่ขายยาชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่..... ตรอก / ซอย .....ถนน.....

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

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....

ขอต่ออายุใบอนุญาตดังกล่าว เพื่อใช้ต่อไปในปี พ.ศ.....

ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามมาตรา ๑๔ ของพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ ซึ่งไม่เป็นบุคคลล้มละลาย และข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

(๑) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับรองว่าผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินกิจการสุขภาพแข็งแรงและไม่เป็นโรคตามมาตรา ๑๔ (๖) แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

(๒) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับรองว่าผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการมีสุขภาพแข็งแรงสามารถประกอบวิชาชีพได้

(๓) ใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแผนปัจจุบันหรือใบแทน

(๔) เอกสารแสดงว่าผู้ดำเนินกิจการซึ่งเป็นผู้แทนหรือผู้จัดการนิติบุคคลของนิติบุคคล (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)

(๕) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับอนุญาต

(๖) คำรับรองตามแบบ ข.ย. ๑๔ พร้อมเอกสารประกอบ

(๗) ผลการตรวจประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน

(๘) เอกสารอื่น ๆ (ถ้าจำเป็น)

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....ตัวบรรจง)

หมายเหตุ :- ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ❒ หน้าข้อความที่ต้องการ

1#

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
เลขที่ 160 หมู่ 3 ถ.อุทัย-หนองฉาง ต.น้ำซึม อ.เมือง จ.อุทัยธานี 61000
โทรศัพท์ 0-5651-1565 โทรสาร 0-5651-1327

(Bill Payment)
เลขที่.....

บมจ.ธนาคารกรุงไทย (Bill Payment)
Company Code: 707534

วันที่.....

ชื่อ - สกุล.....

Ref : 1 เลขบัตรประจำตัวประชาชน | Ref : 2 ประเภทรายได้ | Ref : 3 หมายเลขโทรศัพท์

รหัส Ref : 2 ประเภทรายได้

101 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล	110 ค่าใช้จ่ายที่จัดเก็บตาม ม.44 (คำสั่ง คสช.ที่77/59)	121 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
102 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	111 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	122 ค่าปรับชดใช้ทุน
103 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท	112 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.ยาสูบ	123 นำดอกเบี้ยเงินฝากธนาคารนำส่งเป็นรายได้แผ่นดิน
104 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.ยา	113 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.อาหาร	124 นำเงินหลักประกันสัญญาเข้าบัญชีเงินฝากคลัง
105 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.อาหาร	114 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.ยา	125 นำเงินนอกงบประมาณเกินวงเงินเก็บรักษาเข้าบัญชีเงินฝากคลัง
106 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.เครื่องมือแพทย์	115 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.เครื่องสำอาง	126 นำเงินจำหน่ายครุภัณฑ์ทอดตลาดนำส่งเป็นรายได้แผ่นดิน
107 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.เครื่องสำอาง	116 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ	127 ริบเงินหลักประกันสัญญานำส่งเป็นรายได้แผ่นดิน
108 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ	117 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท	128 ค่าธรรมเนียมการรับสมัครสอบบุคคล
109 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.วัตถุอันตราย	118 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.วัตถุอันตราย	129 เงินเหลือจ่ายปีเก่าส่งคืน
	119 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.เครื่องมือแพทย์	130 เบิกเกินส่งคืนเงินนอกงบประมาณฝากคลัง
	120ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล	131 ชำระเงินอื่นๆ

☐ เงินสด (Cash) ☐ เงินโอน (TR) ☐ แคชเชียร์เช็ค เลขที่.....	ธนาคาร (Bank)	สาขา (Branch)
จำนวนเงินเป็นตัวอักษร (Amount in letter)		จำนวนเงินเป็นตัวเลข (Amount in digit)
บาท(Bath)		

ผู้นำฝาก..... เบอร์โทรศัพท์ ..... เจ้าหน้าที่ธนาคารประทับตรา .....

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
เลขที่ 160 หมู่ 3 ถ.อุทัย-หนองฉาง ต.น้ำซึม อ.เมือง จ.อุทัยธานี 61000
โทรศัพท์ 0-5651-1565 โทรสาร 0-5651-1327

แบบฟอร์มการชำระเงิน
(Bill Payment)
เลขที่.....

บมจ.ธนาคารกรุงไทย (Bill Payment)
Company Code: 707534
วันที่.....
ชื่อ - สกุล.....
Ref : 1 เลขบัตรประจำตัวประชาชน | Ref : 2 ประเภทรายได้ | Ref : 3 หมายเลขโทรศัพท์
รหัส Ref : 2 ประเภทรายได้

101 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล	110 ค่าใช้จ่ายที่จัดเก็บตาม ม.44 (คำสั่ง คสช.ที่77/59)	121 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
102 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	111 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	122 ค่าปรับชดใช้ทุน
103 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท	112 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.ยาสูบ	123 นำดอกเบี้ยเงินฝากธนาคารนำส่งเป็นรายได้แผ่นดิน
104 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.ยา	113 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.อาหาร	124 นำเงินหลักประกันสัญญาเข้าบัญชีเงินฝากคลัง
105 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.อาหาร	114 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.ยา	125 นำเงินนอกงบประมาณเกินวงเงินเก็บรักษาเข้าบัญชีเงินฝากคลัง
106 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.เครื่องมือแพทย์	115 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.เครื่องสำอาง	126 นำเงินจำหน่ายครุภัณฑ์ทอดตลาดนำส่งเป็นรายได้แผ่นดิน
107 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.เครื่องสำอาง	116 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ	127 ริบเงินหลักประกันสัญญานำส่งเป็นรายได้แผ่นดิน
108 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ	117 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท	128ค่าธรรมเนียมการรับสมัครสอบบุคคล
109 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.วัตถุอันตราย	118 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.วัตถุอันตราย	129 เงินเหลือจ่ายปีเก่าส่งคืน
	119 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.เครื่องมือแพทย์	130 เบิกเกินส่งคืนเงินนอกงบประมาณฝากคลัง
	120ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล	131 ชำระเงินอื่นๆ

☐ เงินสด (Cash) ☐ เงินโอน (TR) ☐ แคชเชียร์เช็ค เลขที่.....	ธนาคาร (Bank)	สาขา (Branch)
จำนวนเงินเป็นตัวอักษร (Amount in letter)		จำนวนเงินเป็นตัวเลข (Amount in digit)
บาท(Bath)		

ผู้นำฝาก..... เบอร์โทรศัพท์ ..... เจ้าหน้าที่ธนาคารประทับตรา .....

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 (เฉพาะสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ)

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.....

(ต่อหน้า ๒/๓)

(๖) ข้าพเจ้ารับทราบและจะปฏิบัติตามหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวกับยากำหนดไว้ 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 ตามกฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน 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

ตราประทับ
หน่วยงาน

.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

<u>เฉพาะกรณีที่เภสัชกรไม่ได้รับราชการ หรือ ทำงานประจำ</u> (ให้กรอกข้อความ อ่านและลงนามข้างล่างนี้)

ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่ได้รับราชการหรือทำงานประจำที่ใด ทั้งนี้ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

ลงชื่อ.....

(.....)

เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510

เขียนที่……..

วันที่……เดือน……..……พ.ศ……..

สัญญาระหว่าง ……..……ในนามของ ……..……..

เลขที่ …….ถนน……ตำบล……อำเภอ ……..……

จังหวัด……..ซึ่งต่อไปนี้ในสัญญานี้เรียกว่า “ผู้รับอนุญาต” ฝ่ายหนึ่งกับ……..……..

( ) การบำบัดโรคสัตว์

ผู้ประกอบ ( ) โรคศิลปะ แผน……สาขา……..

( ) วิชาชีพ……

ชั้น……..ใบอนุญาตเลขที่……ซึ่งต่อไปนี้ในสัญญาเรียกว่า “ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ”อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำสัญญานี้เพื่อปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ 2510 ร่วมกันโดยมีข้อความดังต่อไปนี้

1. ผู้รับอนุญาตยินยอมและตกลงให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเข้าปฏิบัติหน้าที่ ณ…….. ของผู้รับอนุญาตเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ตั้งแต่วันที่ทำสัญญาเป็นต้นไป

2. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการยินยอมรับปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ในหน้าที่ที่กำหนดไว้ตามข้อ 1. ของสัญญานี้ทุกประการ

3. ผู้รับอนุญาตยินยอมจ่ายค่าเงินทดแทนเป็นรายเดือนให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เดือนละ……..บาท (……) ภายในวันสิ้นเดือนปฏิทินทุก ๆ เดือน

4. หนังสือสัญญานี้มีอายุสัญญา จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ……

5. หากคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดบอกเลิกสัญญานี้ก่อนครบกำหนดตามข้อ 4. ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้อีกฝ่ายหนึ่งทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า……วัน และต้องแจ้งให้กองควบคุมยาทราบตามกฎหมายด้วย

6. หากต้องมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ที่ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทำอยู่ เพื่อให้การปฏิบัติการได้เป็นไปโดยถูกต้องตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 และกฎกระทรวงซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติยาฉบับดังกล่าว ผู้รับอนุญาตยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกประการ

7. ภาษีเงินได้ที่จะต้องเสียตามกฎหมาย ผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตกลงกันว่……. ……เป็นผู้เสีย

- 8. หากปรากฏว่า คู่สัญญา-

8. หากปรากฏว่า คู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไม่ปฏิบัติตามสัญญานี้แม้แต่ข้อหนึ่งข้อใด สัญญานี้เป็นอันเลิกกันทันที โดยคู่สัญญาไม่ต้องปฏิบัติตามข้อ 5. และคู่สัญญามีสิทธิจะฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายได้ตามกฎหมาย หากมีการฟ้องร้องกันขึ้น ทั้งสองฝ่ายตกลงกันว่าฝ่ายที่ผิดสัญญาจะต้องเป็นผู้ชดใช้ค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้อง เช่น ค่าทนายและค่าธรรมเนียมศาล หรืออื่น ๆ เป็นต้น

9. สัญญานี้ทำขึ้นเป็นสามฉบับมีข้อความตรงกัน คู่สัญญาต่างยึดถือไว้คนละหนึ่งฉบับและมอบให้กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเก็บไว้เป็นหลักฐานหนึ่งฉบับ

คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายต่างเข้าใจข้อความในสัญญานี้ดีแล้ว จึงได้ลงชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ขออนุญาต

(ลงชื่อ).....ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

(ลงชื่อ).....พยาน

(ลงชื่อ).....พยาน

06B.2

คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่ส่วนภูมิภาค :
ภาค 2 วิธีการใช้งานระบบสารสนเทศด้านยา
ภาคผนวก 6.2 ระบบสถานที่ด้านยาส่วนภูมิภาค

Annex 6 Procedure for Establishment Authorization System

Volume 2 Procedure for Medicinal Product's System

Guideline for Provincial FDA Officer: User Manual of Skynet for medicinal product

งานเทคโนโลยีสารสนเทศด้านยา กลุ่มพัฒนาระบบ

สารบัญ

ภาคผนวก 6.2 ระบบสถานที่ด้านยาส่วนภูมิภาค

การออกใบอนุญาตด้านยา ระบบเจ้าหน้าที่ทำแทน (ผปก ยื่นแบบกระดาษ) 6-1

- การลงทะเบียนสถานที่ 6-3
- การออกใบอนุญาตด้านยา 6-6
- การใบสั่งชำระ 6-27

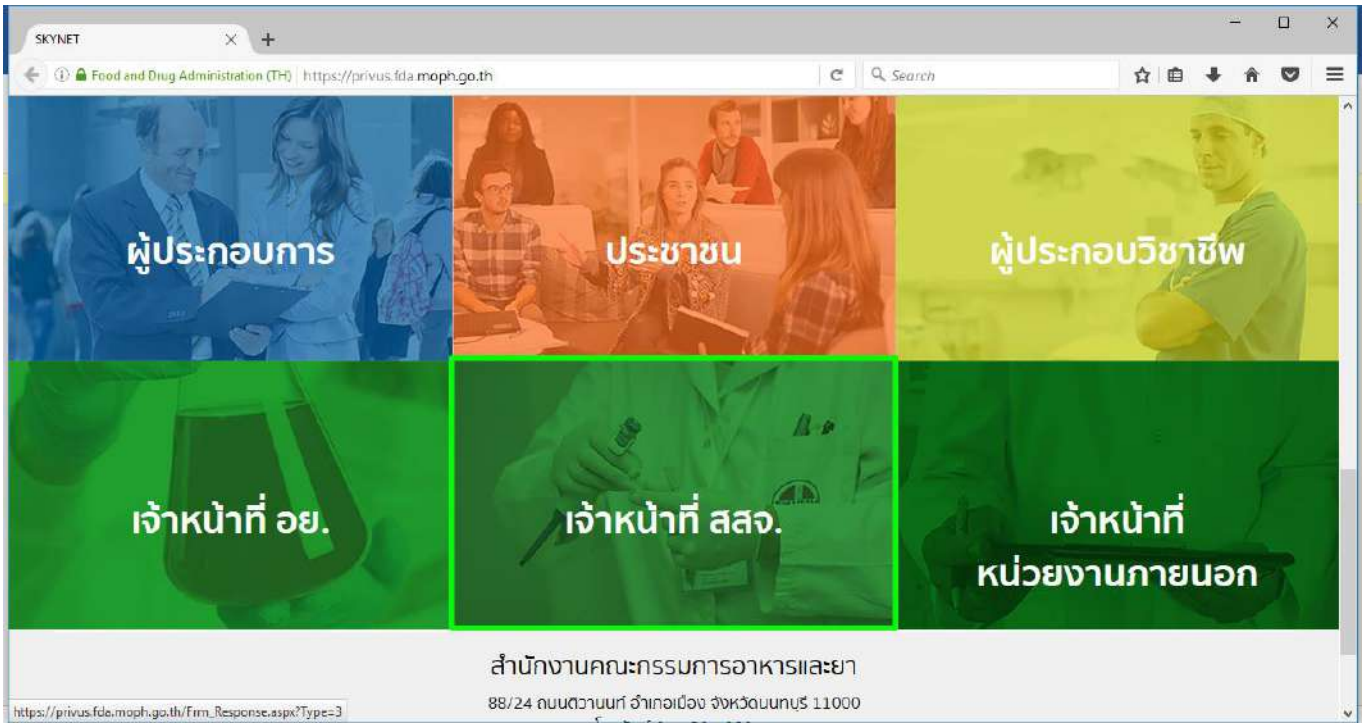
การใช้งานระบบแบบ E-submission (รอเปิดใช้งานระบบ ภายหลังการโอนย้ายข้อมูลเรียบร้อยแล้ว)

ประวัติการแก้ไขปรับปรุงภาคผนวก 6.2

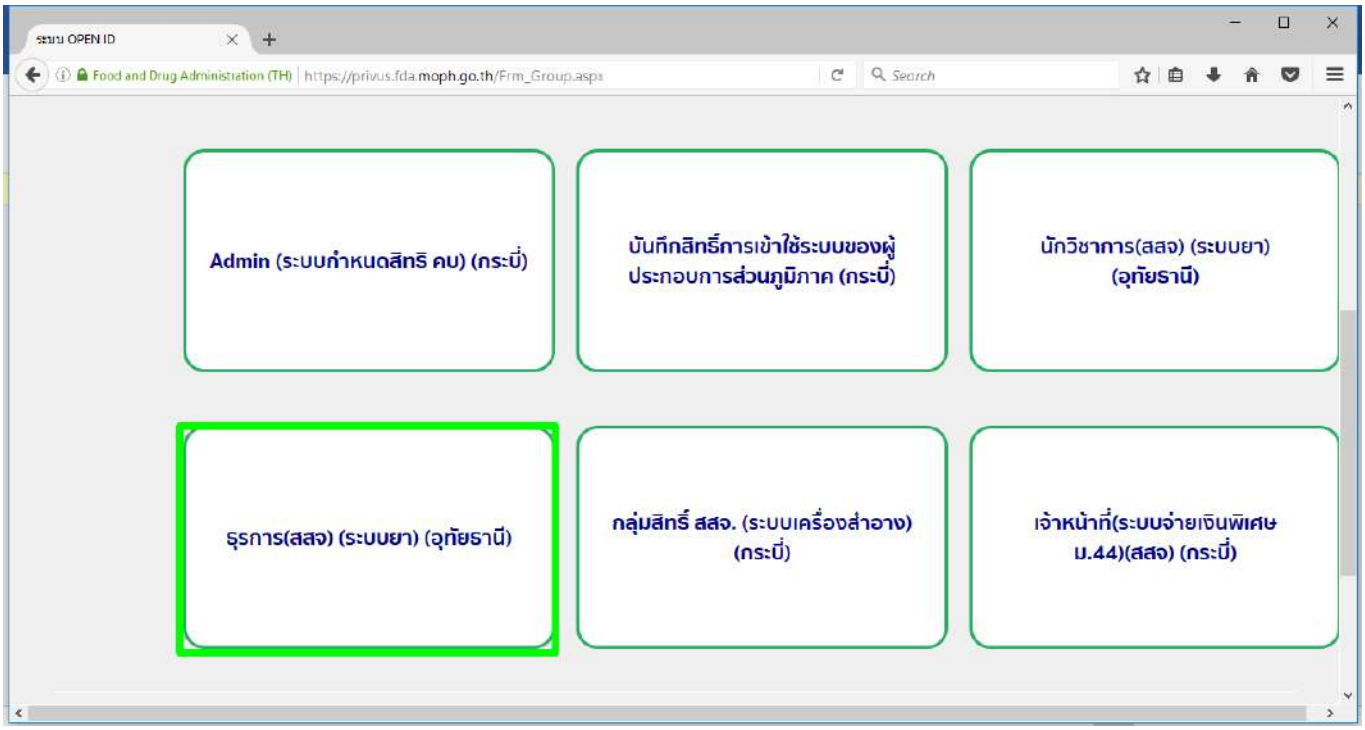
ฉบับปรับปรุงที่	วันที่	รายละเอียดโดยสรุป
06B.2-20180120	20 มกราคม 2561	จัดทำคู่มือครั้งแรก สำหรับการใช้งานแบบเจ้าหน้าที่ทำแทน ผปกที่ยื่นแบบกระดาษ

ลงทะเบียนสถานที่

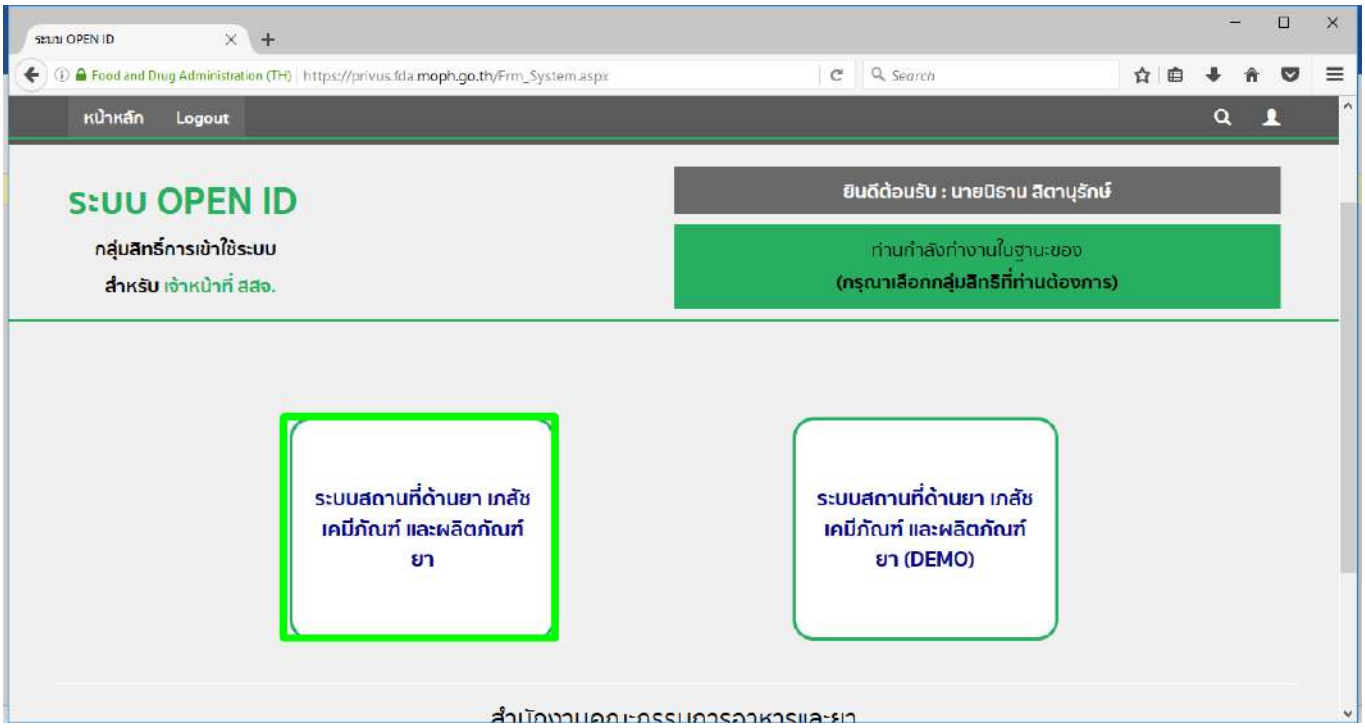
1.1 กรณีที่บริษัทนั้นๆไม่เคยมีสถานที่ตั้งมาก่อนหรือไม่เคยจดทะเบียนใบอนุญาตมาก่อนนั้น เจ้าหน้าที่จะต้องเพิ่มสถานที่ตั้งก่อนอื่นเข้าไปหน้า เจ้าหน้าที่ สสจ



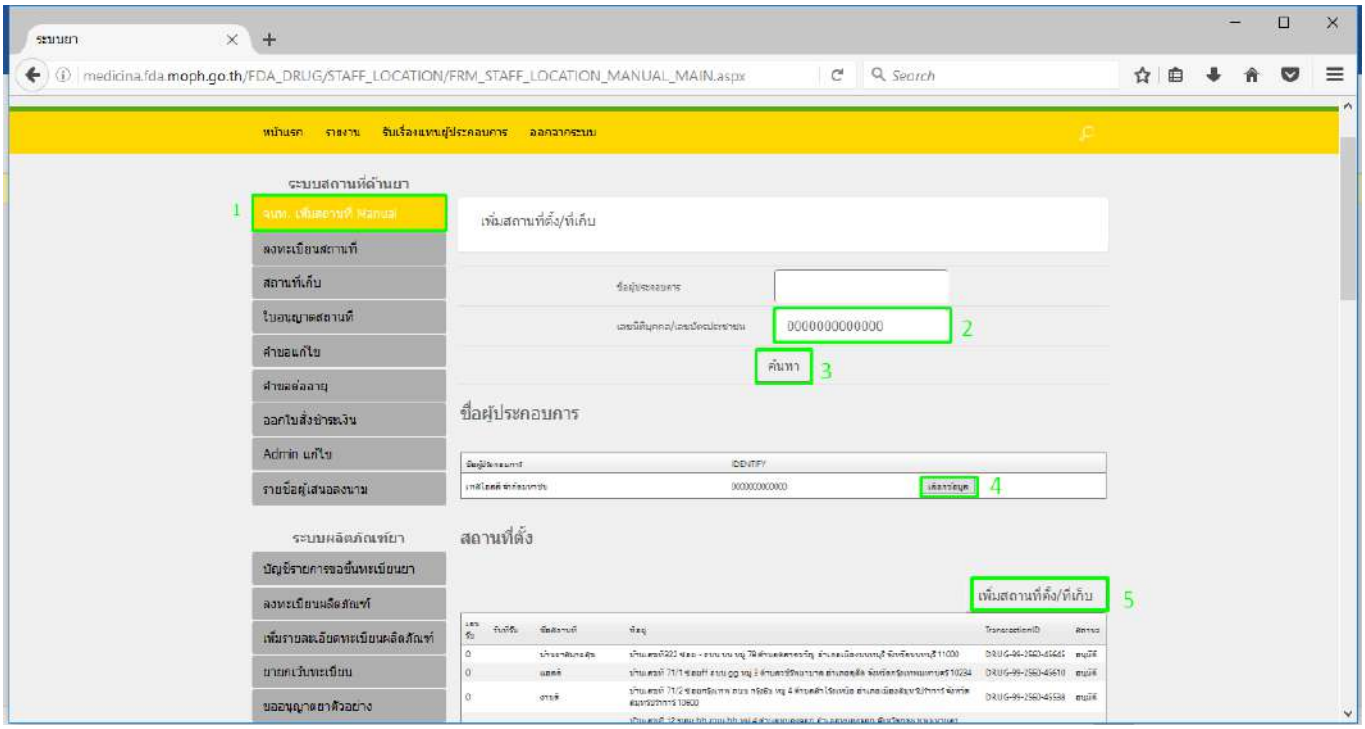
1.2 เลือกสิทธิ์ที่คนเองมีไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่ ธุรการ หรือ นักวิชาการ



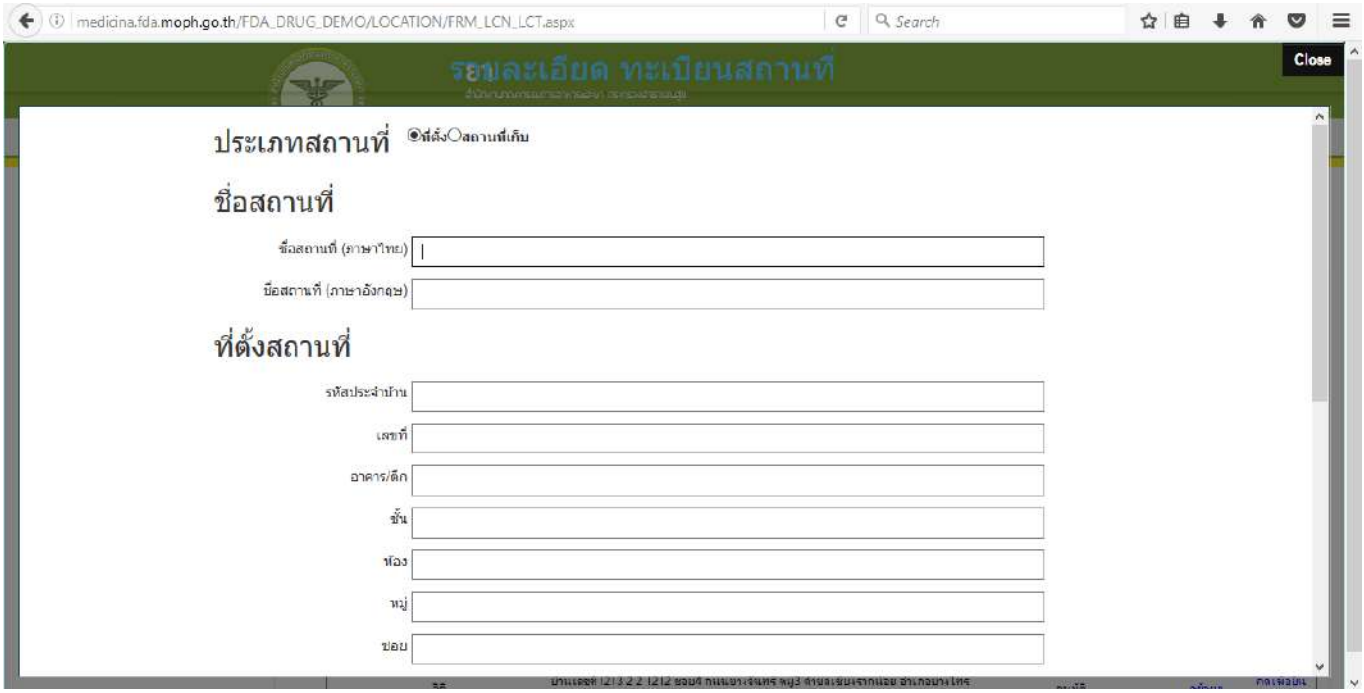
1.3 เข้าไปที่สิทธิ์ ระบบสถานที่ด้านยา



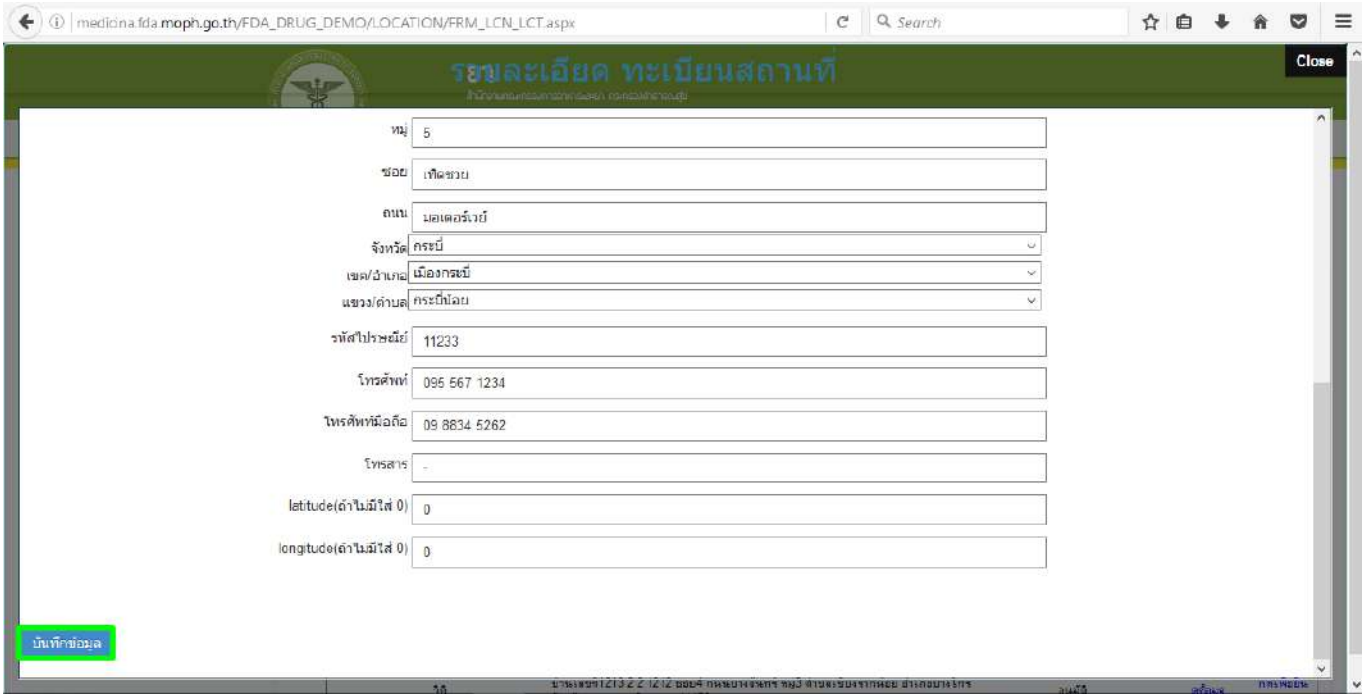
1.4 พอมาถึงหน้าดังกล่าว 1 คลิ๊กไปที่ จนท เพิ่มสถานที่ จากนั้น 2 กรอกเลขนิติบุคคลหรือเลขบัตรประชาชน 3 กดค้นหา 4 หลังจากกดค้นหาแล้วมีชื่อบริษัทละชื่อสถานที่ กดดูข้อมูล 5 กดเพิ่มลงทะเบียนสถานที่ตั้ง



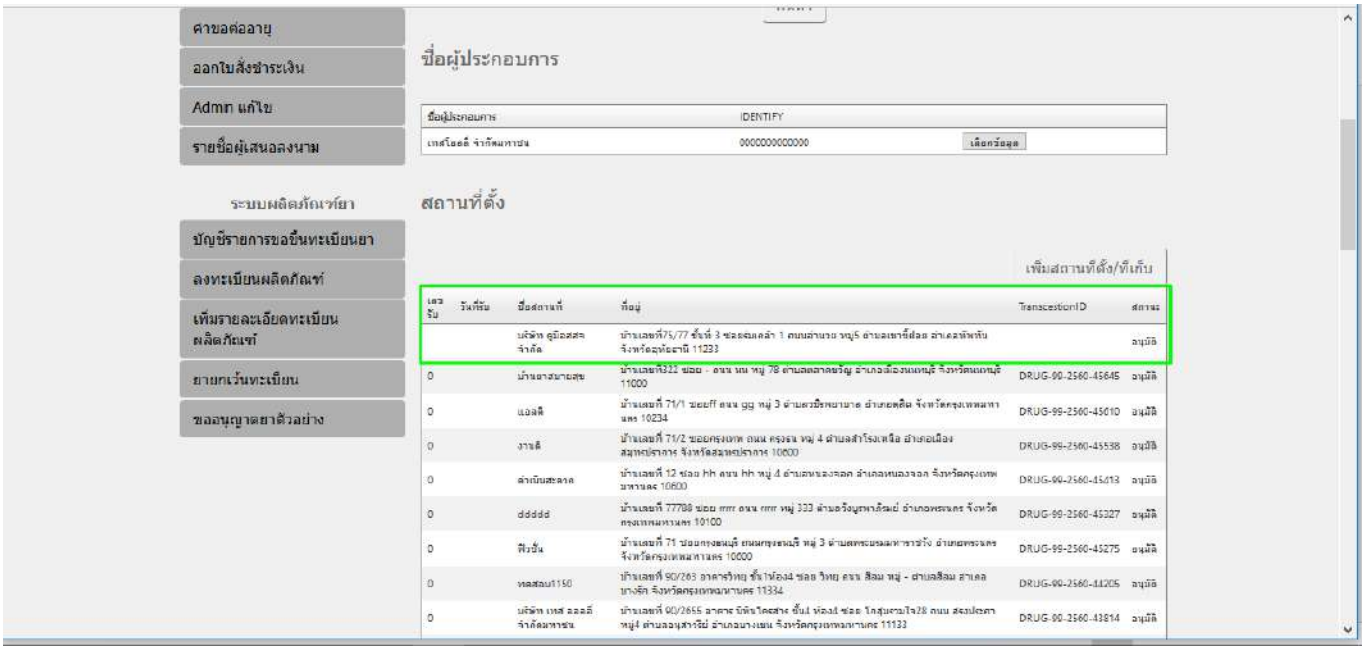
1.5 กรอกข้อมูล ที่ตั้งที่ผู้ประกอบการยื่นเข้ามาให้เรียบร้อย



1.6 กรอกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว กดบันทึกเพื่อที่จะส่งเรื่องให้เจ้าหน้าที่

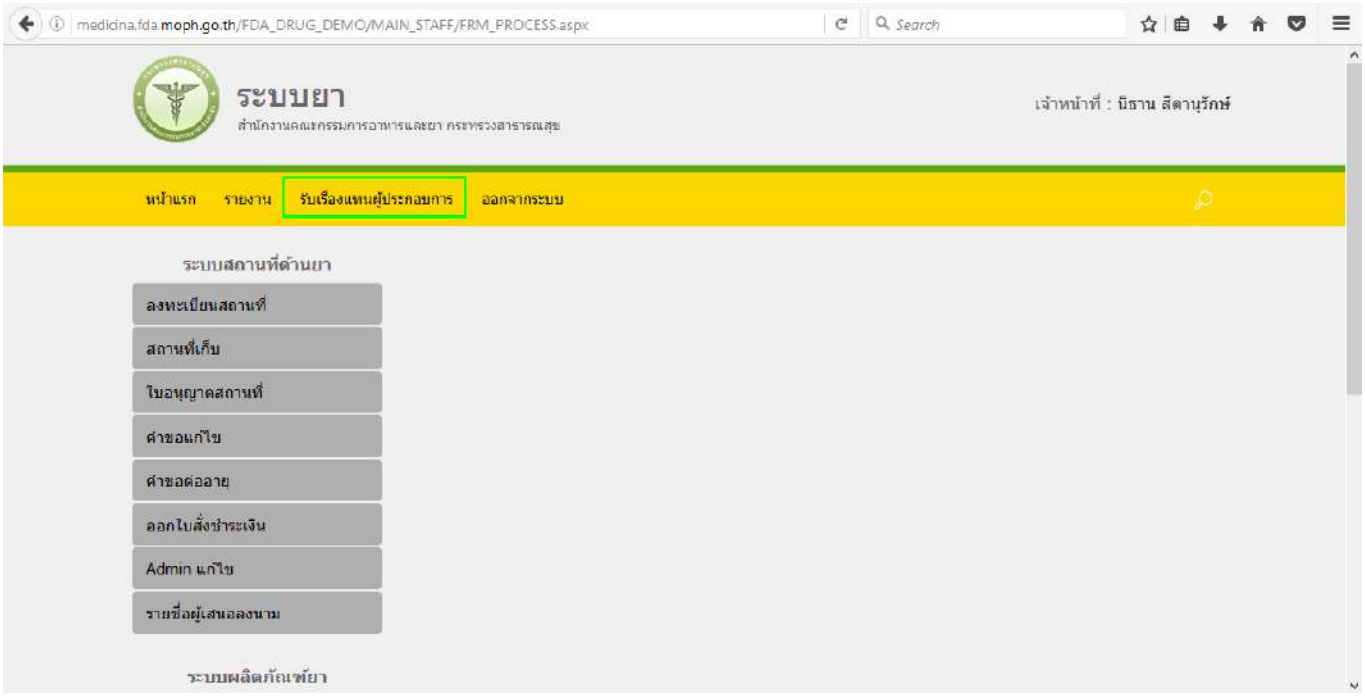


1.15 หลังจากบันทึกแล้วสถานะเป็นอนุมัติกรณีเจ้าหน้าที่เท่านั้น ให้ไปทำคพขอรับเรื่องแทนผู้ประกอบการ

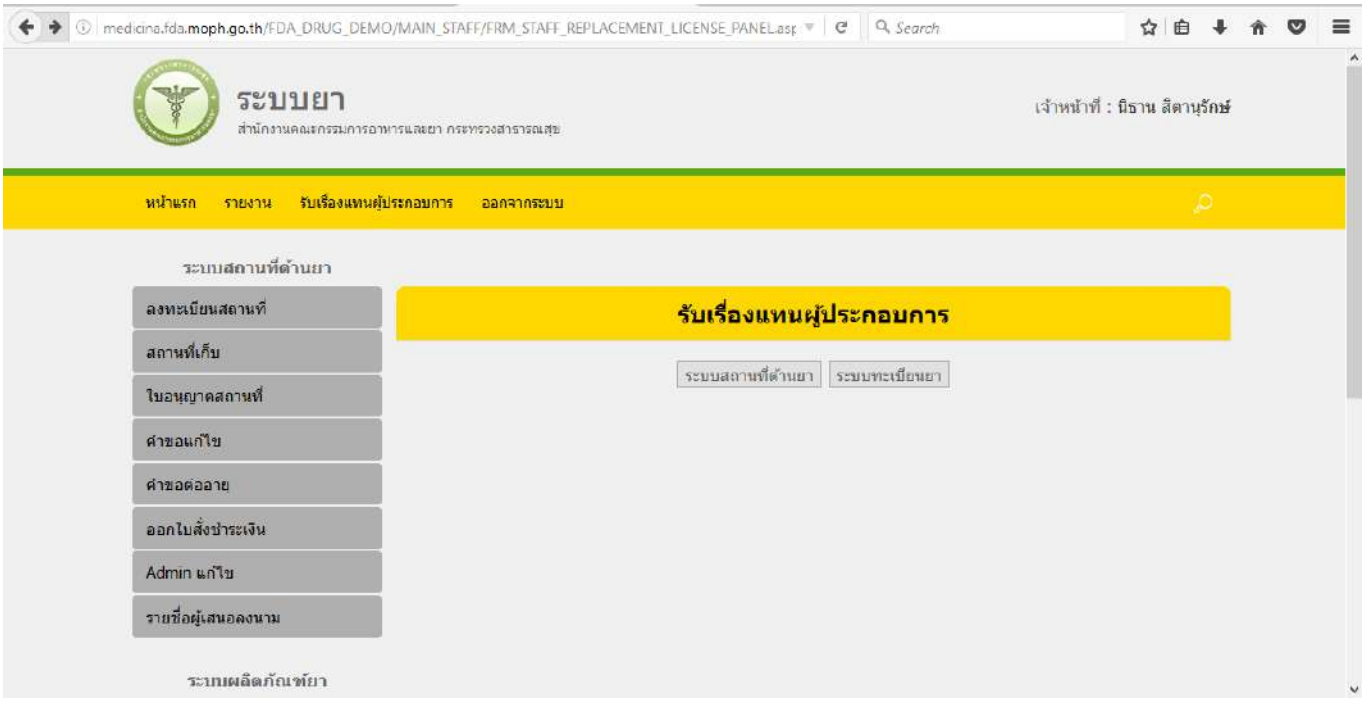


2.ขั้นตอนการทำแทนขอใบอนุญาตแต่ละประเภท

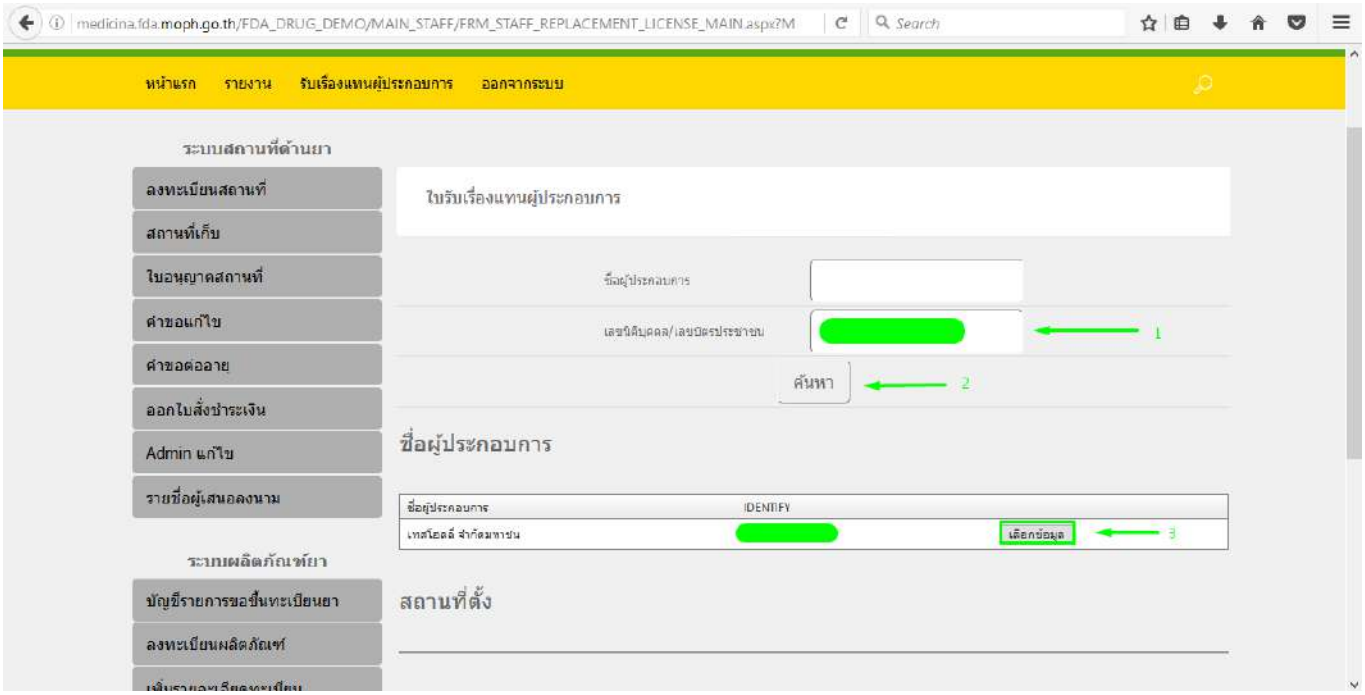
2.1 หลังจากที่อนุมัติที่ตั้งแล้วให้เข้าไปที่ ปุ่มรับเรื่องแทนผู้ประกอบการ



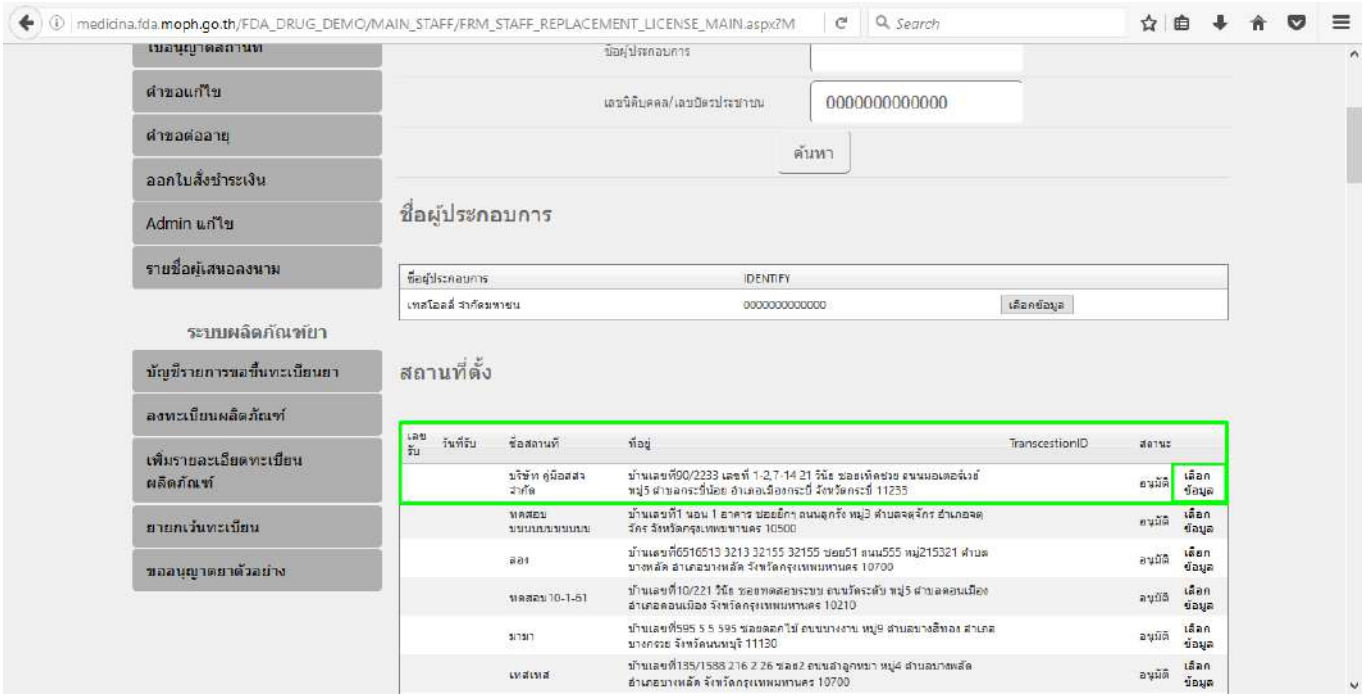
2.2 เลือกระบบสถานที่ด้านยา



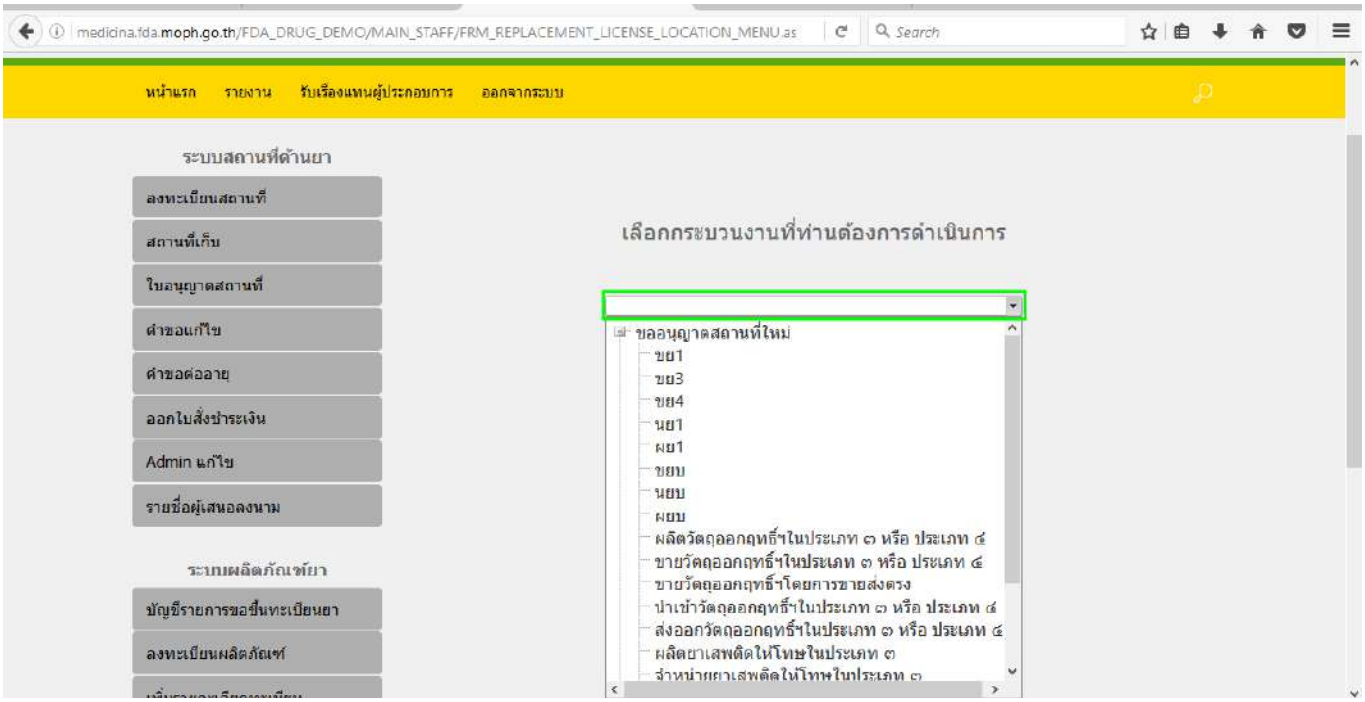
2.3 ขั้นแรกให้กรอกเลขนิติบุคลหรือเลขบัตรประชาชนของผู้รับอนุญาตก่อนแล้วกดค้นหา จะมีชื่อบริษัทหรือผู้รับอนุญาตขึ้นมาให้กดเลือกข้อมูล



2.4 เลือกสถานที่ที่เราต้องการที่ขอใบอนุญาตสถานที่กดเลือกข้อมูล

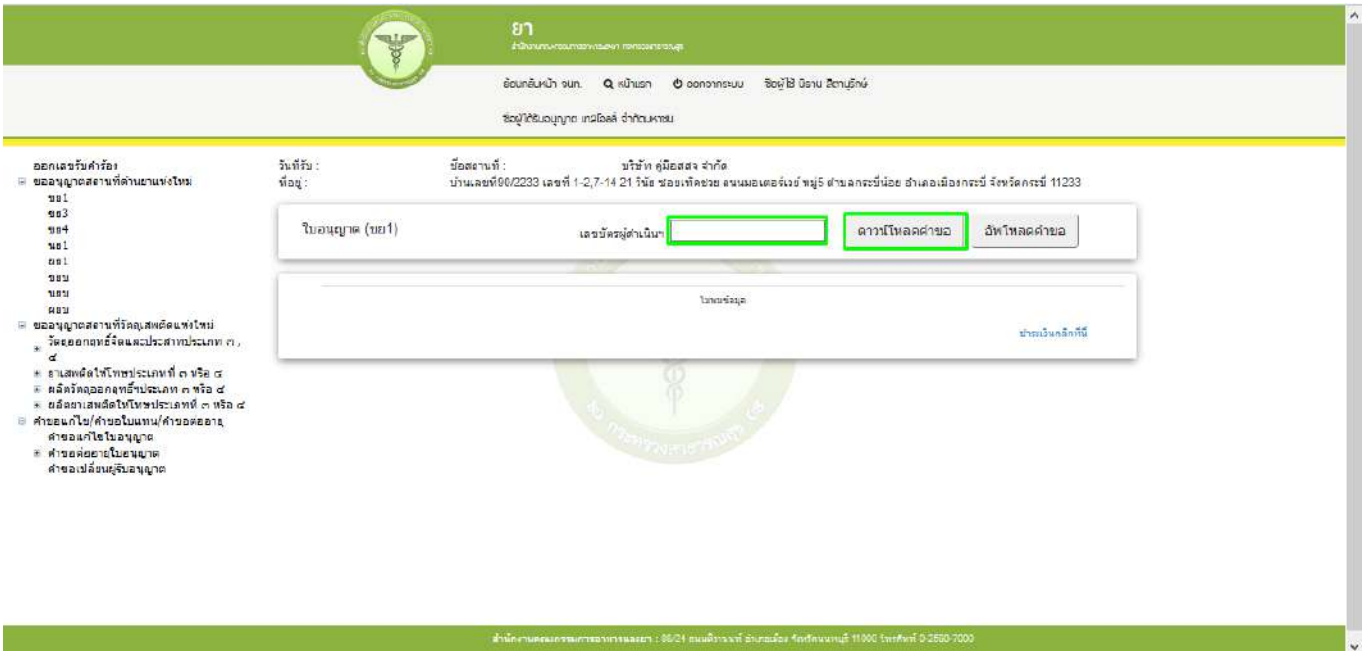


2.5 เลือกใบอนุญาตประเภทที่เราต้องการจะขอ

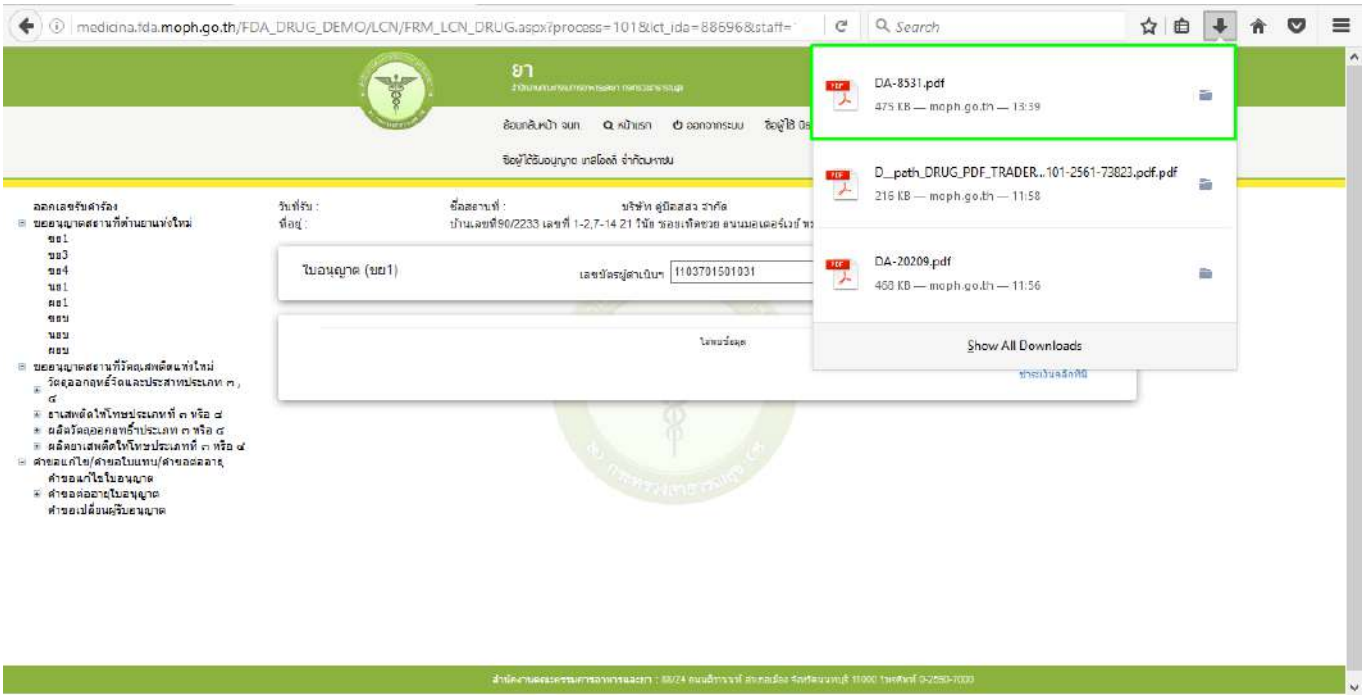


3.ประเภทใบอนุญาต ขย1

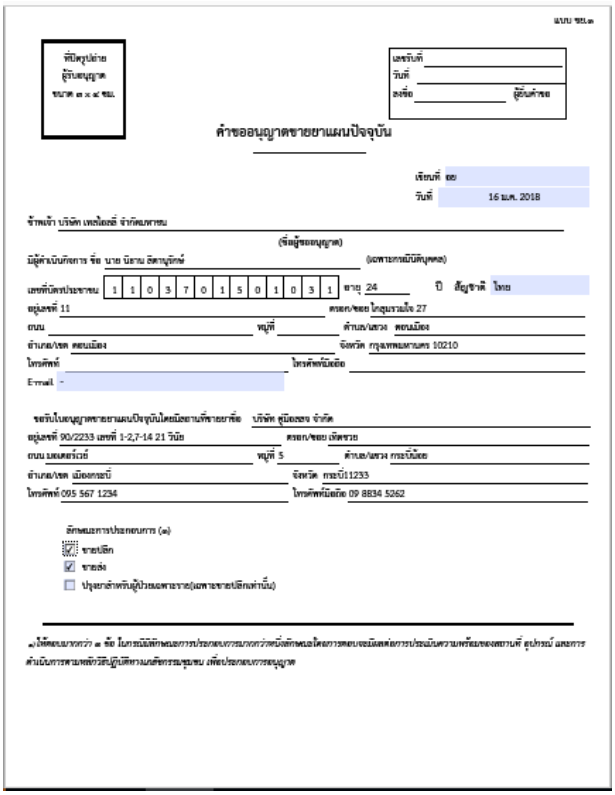
3.1 ให้กรอกเลขบัตรประชาชนของผู้ดำเนินก่อน แล้วกดดาวน์โหลดคำขอ

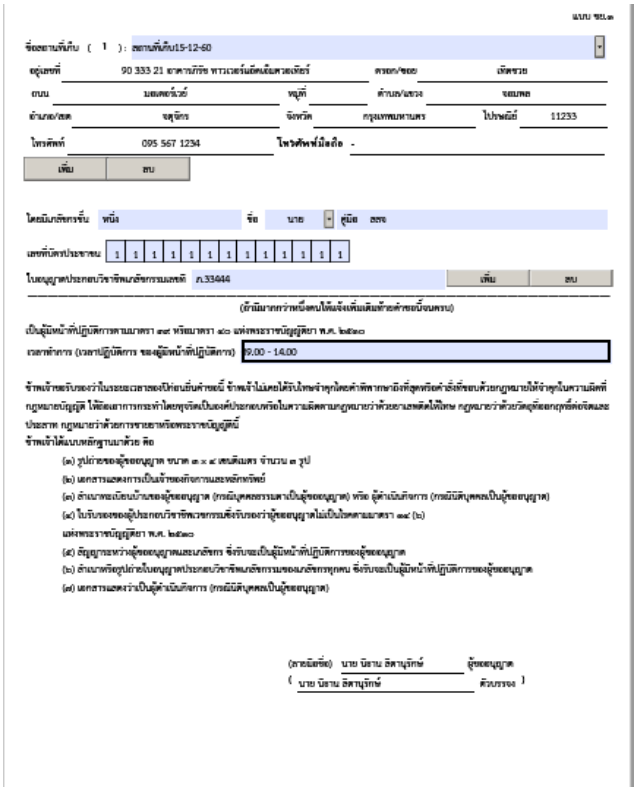


3.2 กดปุ่มดาวน์โหลดแล้ว กดไปที่ปุ่มลูกศร คว่ำลง เลือกไฟล์ที่โหลดมากรอก

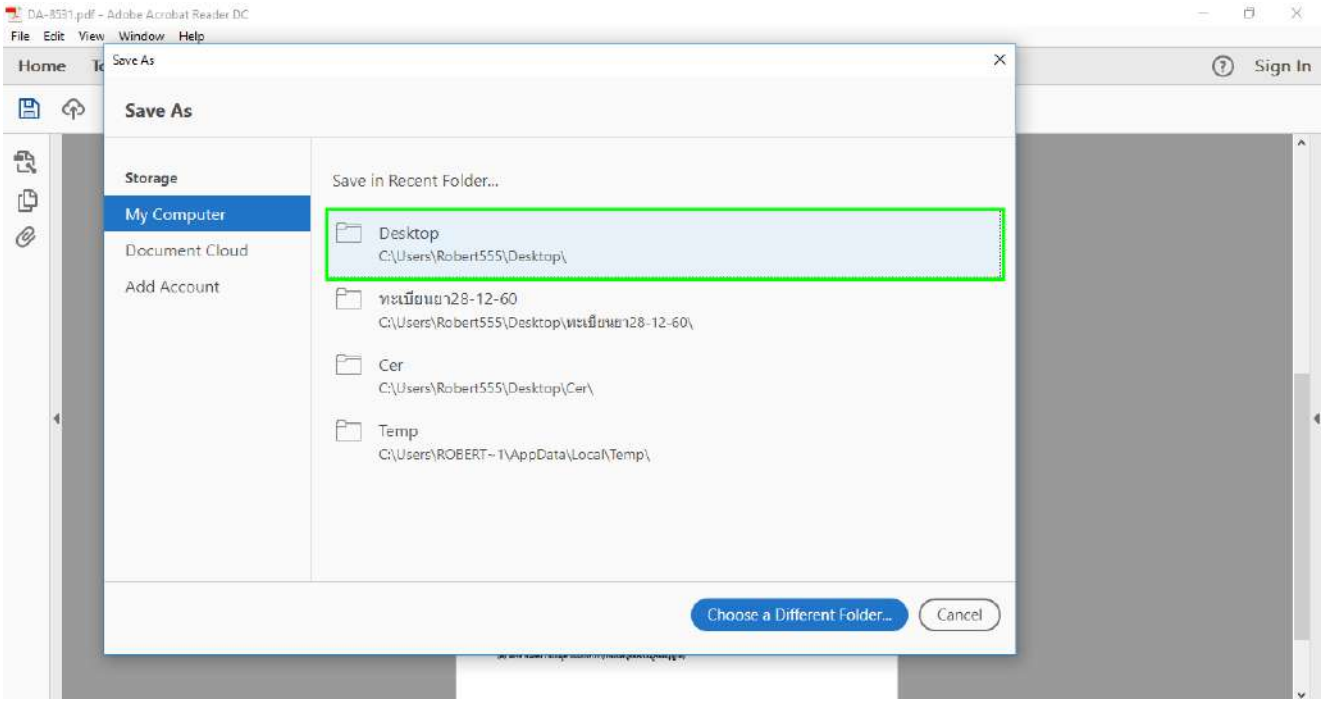


3.3 กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนแล้วกดบันทึก หมายเหตุ กรณีที่มีผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการหลายคนหรือสถานที่เก็บหลายที่ กดปุ่มเพิ่มมีช่องมากรอกขึ้นมาถ้าไม่มีไม่ต้องกดเพิ่ม

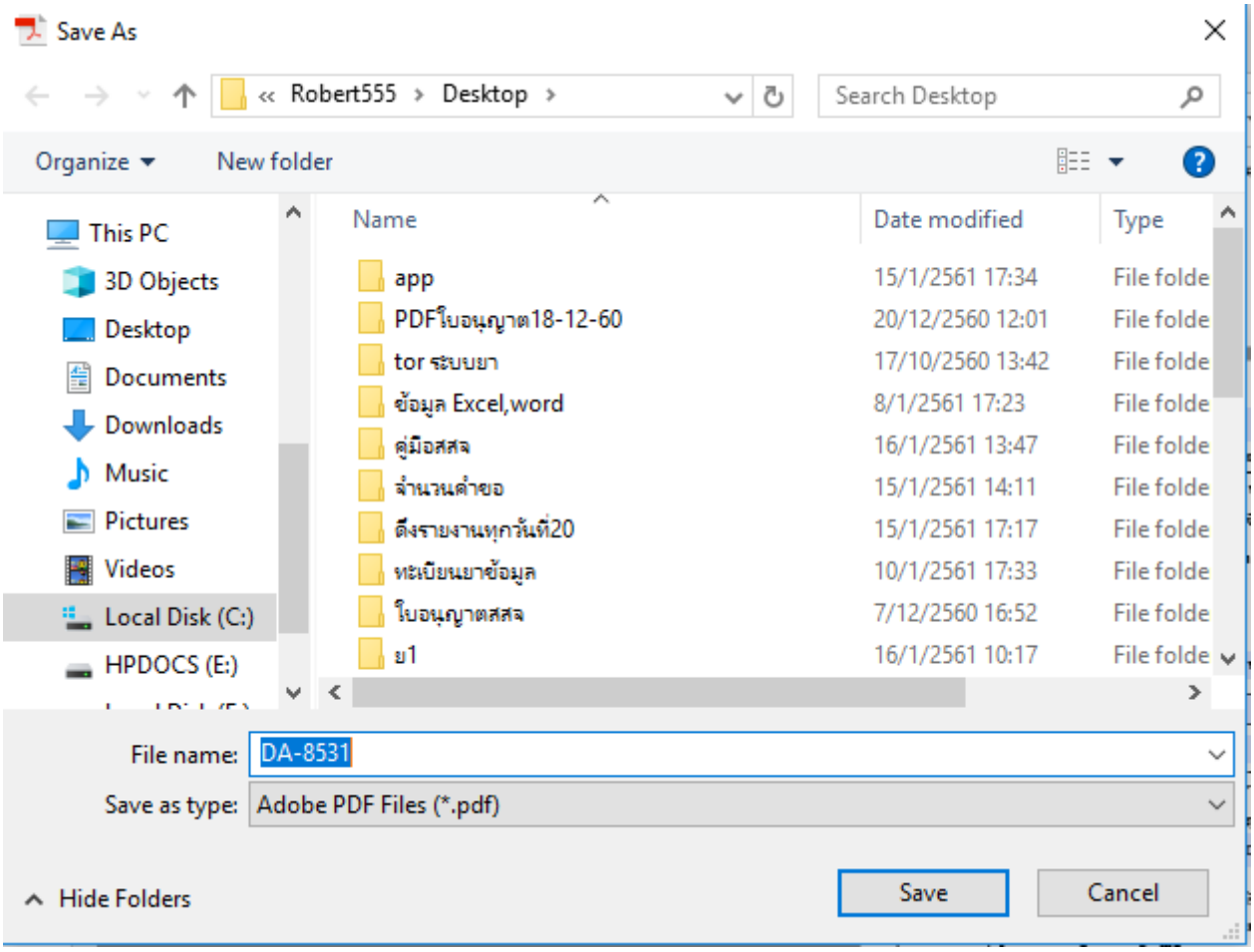




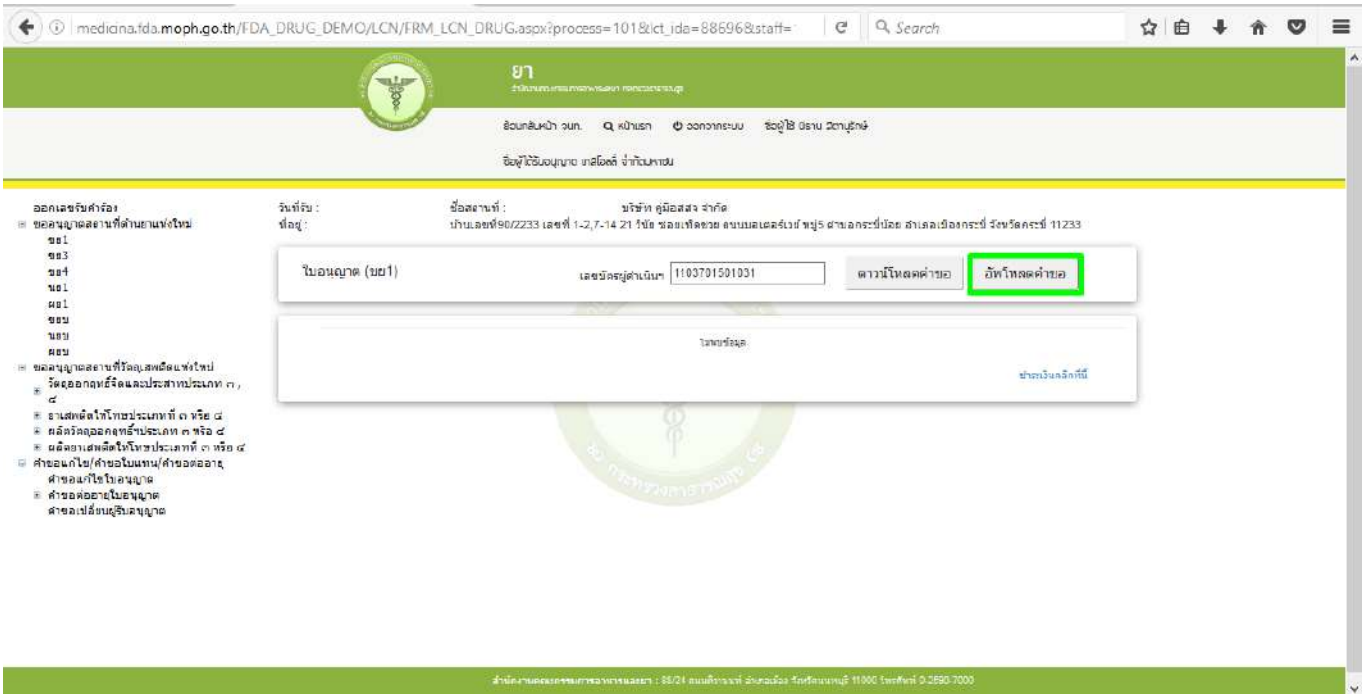
3.4.1 หลังจากกรอกข้อมูลเรียบร้อยแล้วกดบันทึกไฟล์ที่ต้องการเก็บ



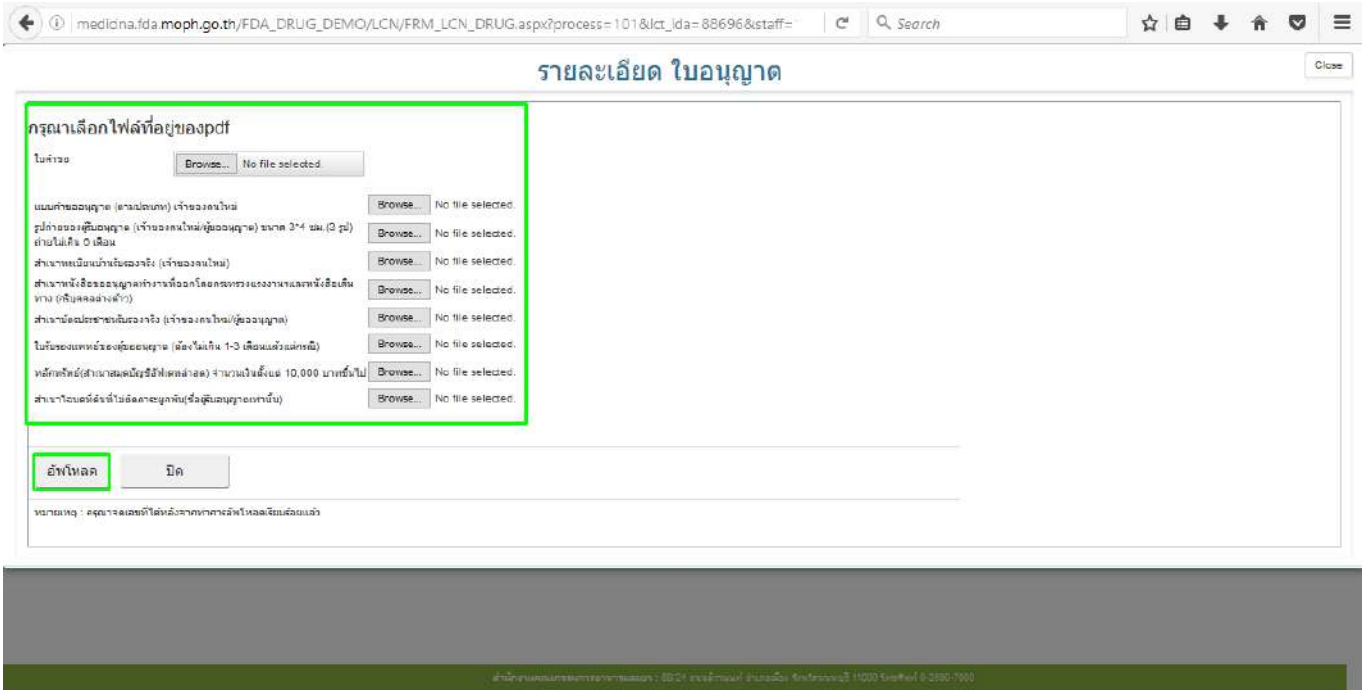
3.4.2 สามารถเปลี่ยนชื่อไฟล์ได้ แล้วกดSAVE



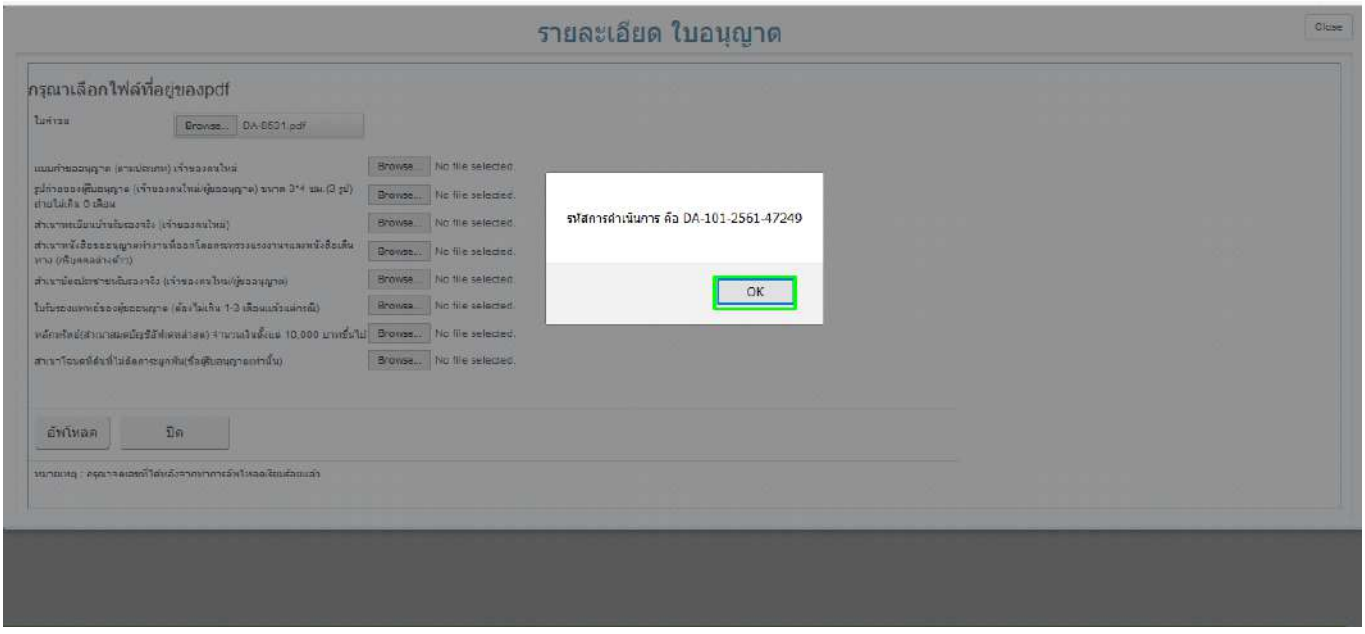
3.5 หลังจากบันทึกเรียบร้อยแล้ว กดปุ่มอัพโหลดคำขอ



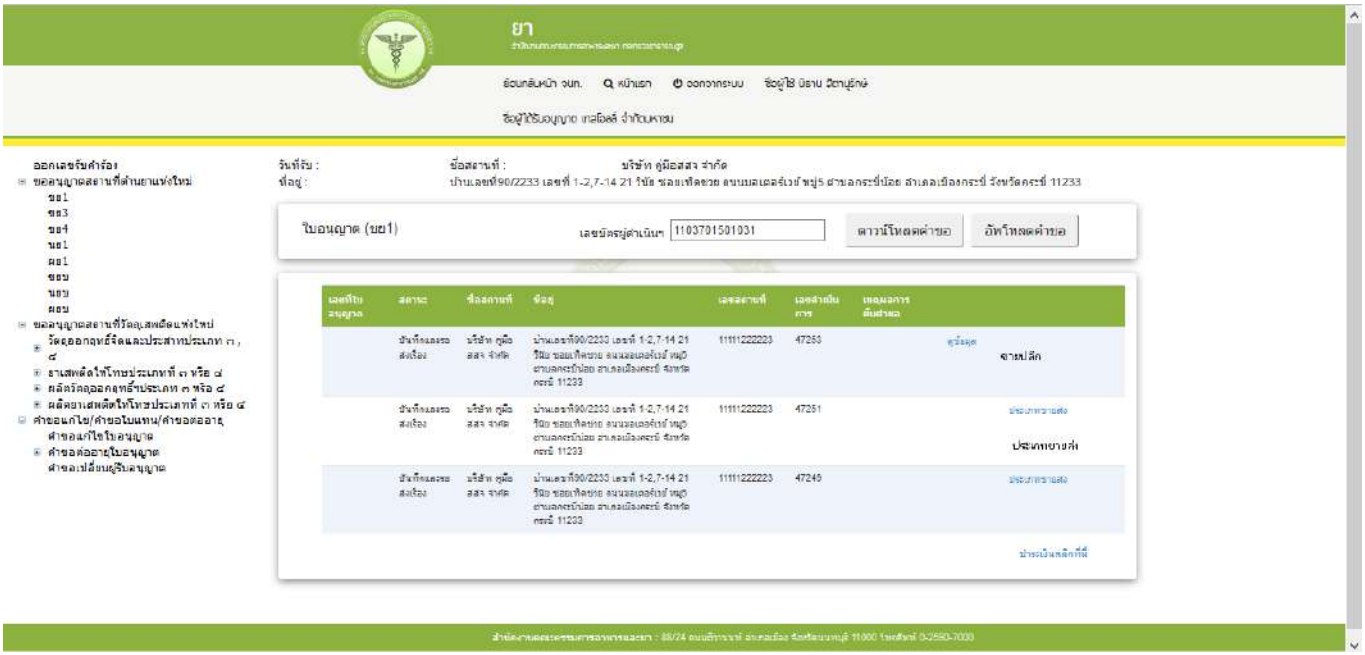
3.6 เรานำไฟล์ที่บันทึกไว้ใส่ไปในช่อง ใบคำขอ ส่วนไฟล์แนบบังคับ แปลงไฟล์เป็นPDFก่อน ใส่ตามหัวข้อแล้วกด อัพโหลด



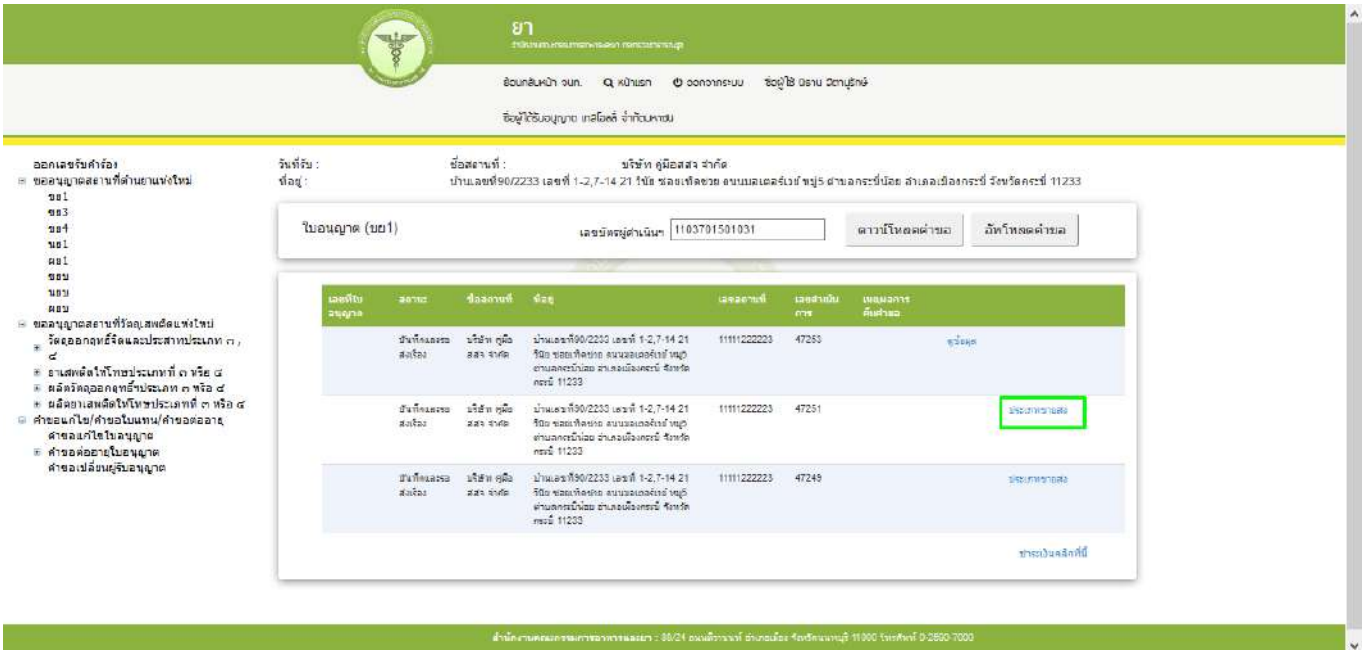
3.7 หลังจากกดอัพโหลดแล้วถ้าอัพโหลดผ่านจะได้เลขดำเนินการ เป็นหลักฐาน ถ้าอัพไม่ผ่านให้ตรวจสอบเอกสารที่บันทึกอีกครั้งก่อนแล้วอัพโหลดใหม่



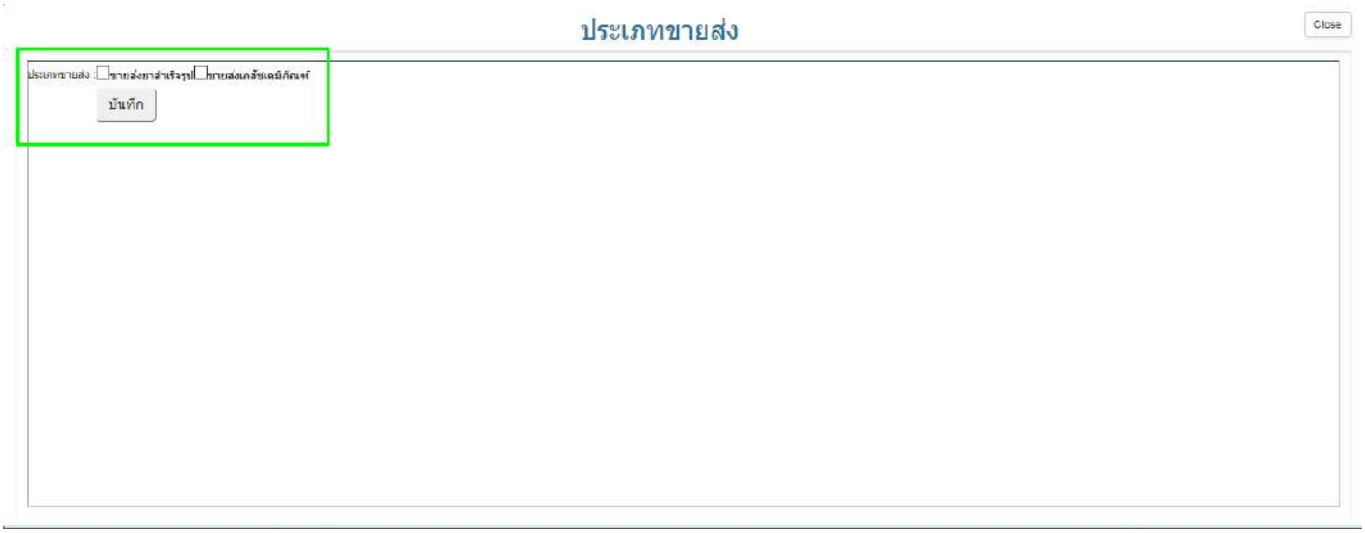
3.8 หลังจากที่อัพโหลดแล้ว หน้าตาแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับ การเลือกประเภทลักษณะการประกอบการ ถ้าเลือกขายปลีก หน้าตามีปุ่มดูข้อมูล ขึ้นมาเพื่อที่ยื่นส่งเรื่องให้เจ้าหน้าที่ แต่ถ้าเลือกประเภทขายส่ง ต้องเข้าไปกดปุ่มประเภทขายส่งก่อน ถึงจะสามารถส่งเรื่องไปยังเจ้าหน้าที่ได้



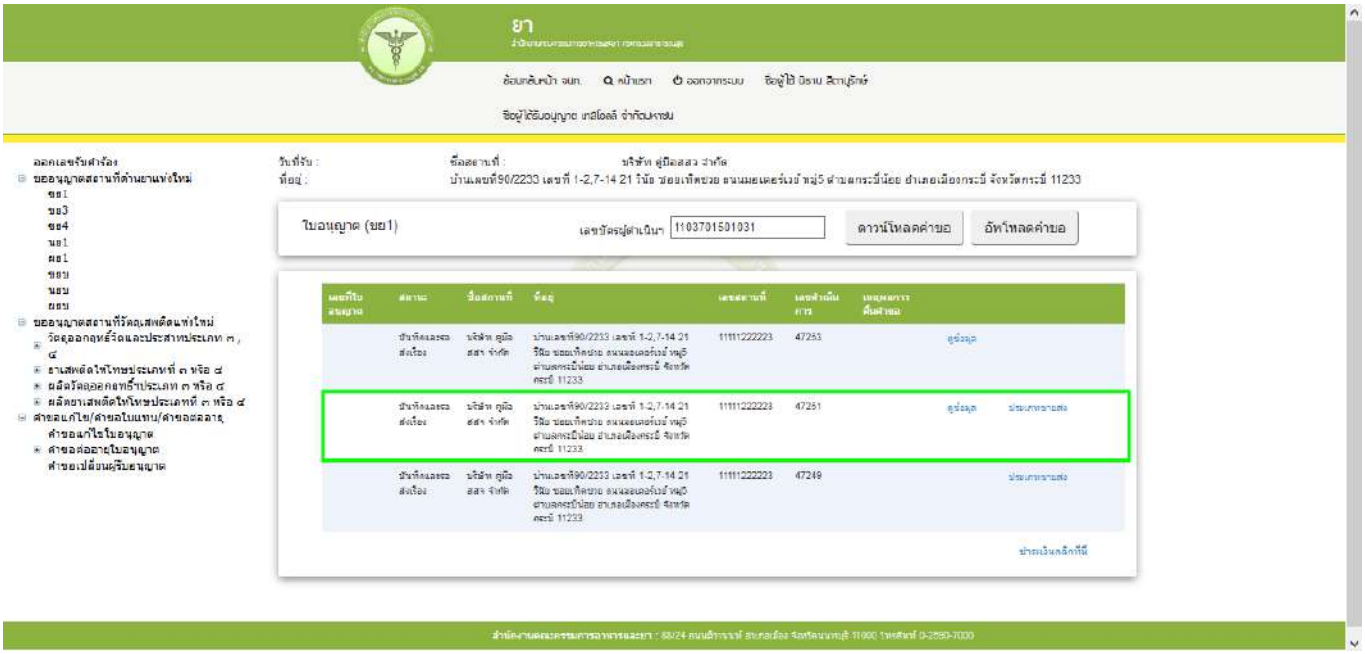
3.8.1 ถ้าเลือกประเภทขายส่ง ไปที่ปุ่ม ประเภทขายส่ง



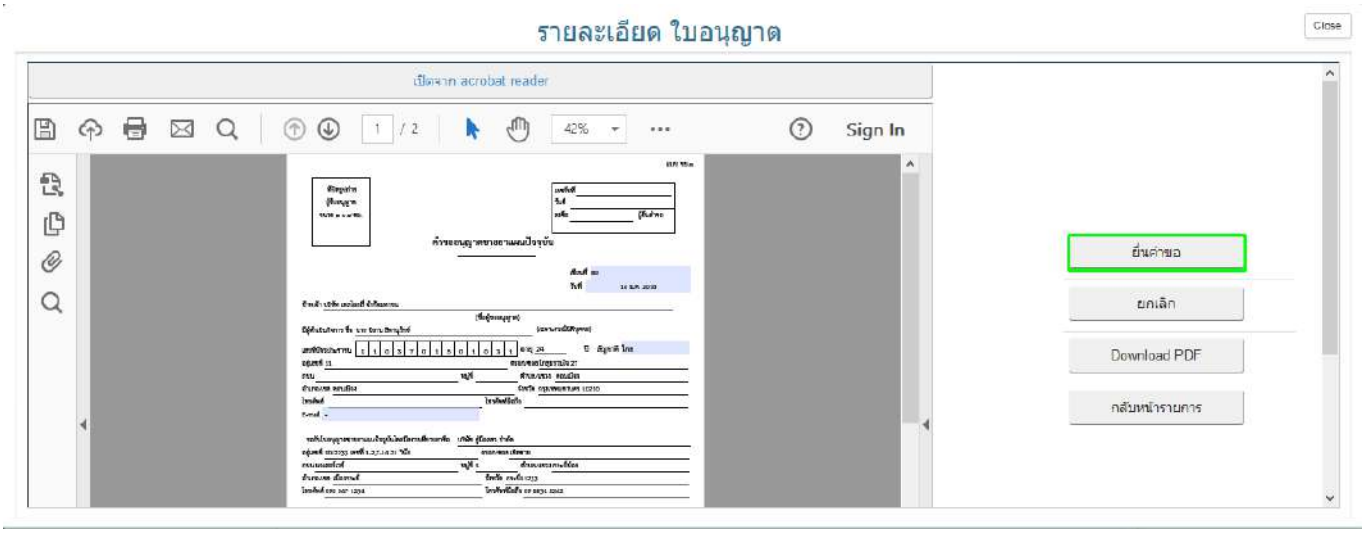
3.8.2 เลือกว่าเป็นขายส่งประเภทไหน ขายส่งสำเร็จรูป หรือ ขายส่งเภสัชเคมีภัณฑ์ แล้วกดบันทึก



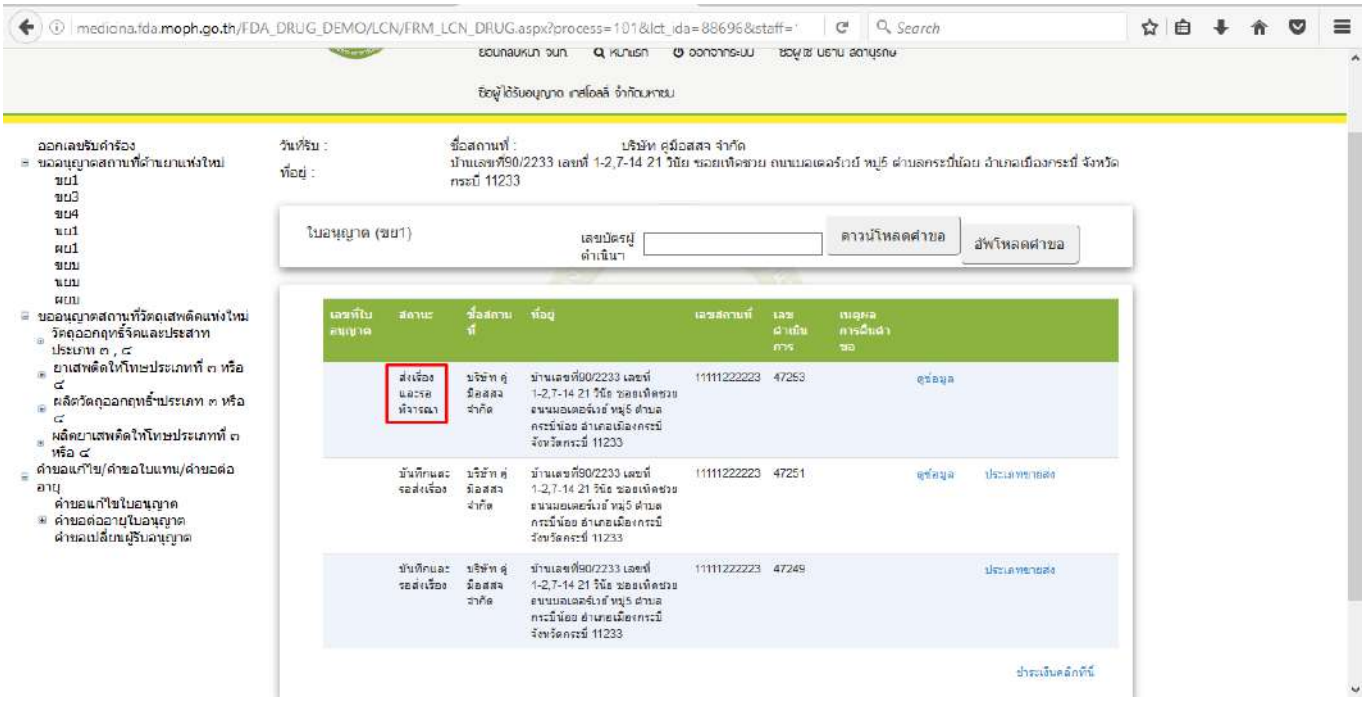
3.8.3 หลังจากบันทึกแล้ว มีปุ่มดูข้อมูลเพื่อที่ เข้าไปกดส่งเรื่องให้เจ้าหน้าที่



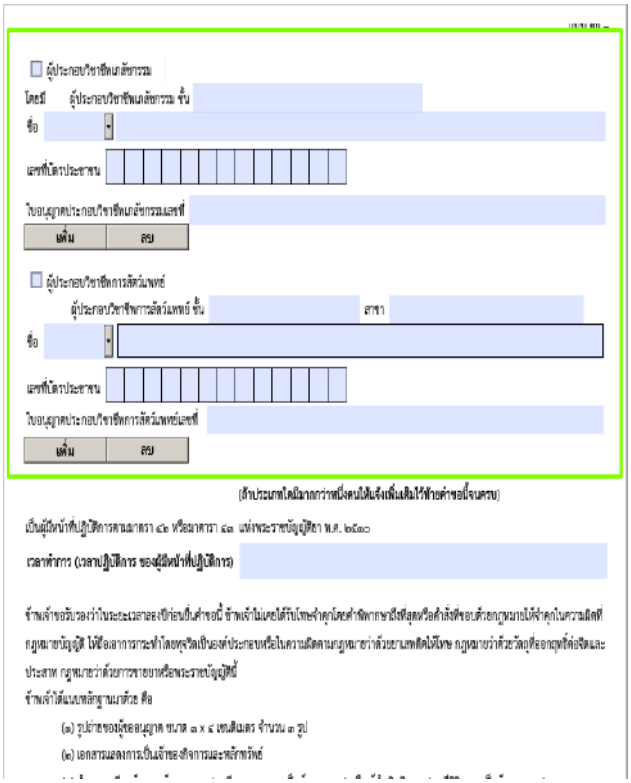
3.9 ตรวจข้อมูลให้เรียบร้อยถ้าตรวจสอบเรียบร้อยแล้วกด ยื่นคำขอส่งไปยังเจ้าหน้าที่



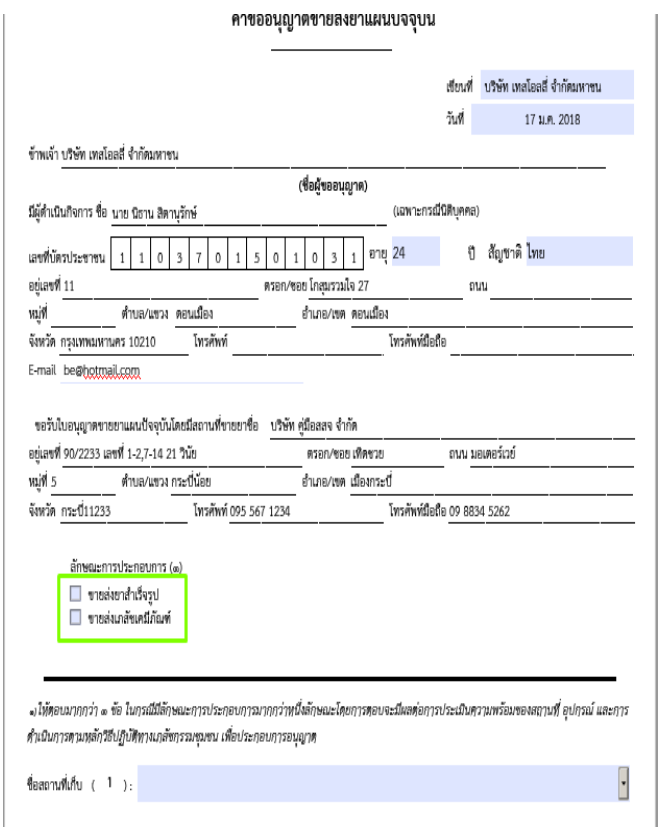
3.10 หลังจากยื่นคำขอแล้ว สถานะเป็นส่งเรื่องรอพิจารณา



4.แบบคำขอ ขย3 ใส่เลขบัตรประชาชนของผู้ยื่นแล้ว กดดาวน์โหลดและอัพโหลดคำขอย้อนอ่านกลับไปข้อ3เป็นต้นไป มีที่เพิ่มเติมคือกรอกชื่อ เลือกประเภทเภสัชได้



5.แบบคำขอ ขย4 ใส่เลขบัตรประชาชนของผู้ยื่นแล้ว กดดาวน์โหลดและอัพโหลดคำขอย้อนอ่านกลับไปข้อ3เป็นต้นไป ที่เพิ่มมามีให้เลือกลักษณะประกอบการ กดเลือก ทุกครั้งก่อนยื่น



คำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

เขียนที่ บริษัท เทสโอลลี่ จำกัดมหาชน

วันที่ 17 ม.ค. 2018

ข้าพเจ้า บริษัท เทสโอลลี่ จำกัดมหาชน

(ชื่อผู้ขออนุญาต)

มีผู้ดำเนินกิจการ ชื่อ นาย นิธาน สิตานุรักษ์ (เฉพาะกรณีนิติบุคคล)

เลขที่บัตรประชาชน 1 1 0 3 7 0 1 5 0 1 0 3 1 อายุ 24 ปี สัญชาติ ไทย

อยู่เลขที่ 11 ตรอก/ซอย โกสุมรวมใจ 27 ถนน

หมู่ที่ ตำบล/แขวง คลองเมือง อำเภอ/เขต คลองเมือง

จังหวัด กรุงเทพมหานคร 10210 โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ

E-mail be@hotmail.com

ขอรับใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันโดยมีสถานที่ขายยาชื่อ บริษัท คู่มือลลจ จำกัด

อยู่เลขที่ 90/2233 เลขที่ 1-2,7-14 21 วินัย ตรอก/ซอย เทิดชวย ถนน มอเตอร์เวย์

หมู่ที่ 5 ตำบล/แขวง กระบี่น้อย อำเภอ/เขต เมืองกระบี่

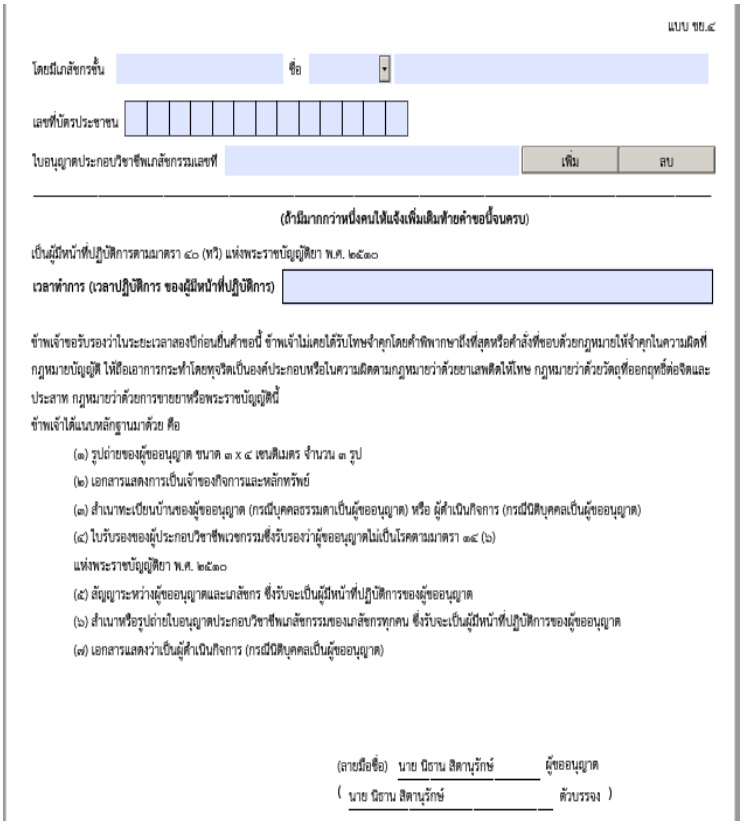
จังหวัด กระบี่11233 โทรศัพท์ 095 567 1234 โทรศัพท์มือถือ 09 8834 5262

ลักษณะการประกอบการ (๑)

- ☐ ขายส่งยาสำเร็จรูป
- ☐ ขายส่งเภสัชเคมีภัณฑ์

๑) ให้ตอบมากกว่า ๑ ข้อ ในกรณีมีลักษณะการประกอบการมากกว่าหนึ่งลักษณะโดยการตอบจะมีผลต่อการประเมินความพร้อมของสถานที่ อุปกรณ์ และการดำเนินการตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน เพื่อประกอบการอนุญาต

ชื่อสถานที่เก็บ (1):



แบบ ขย.๔

โดยมีเภสัชกรชื่น ชื่อ

เลขที่บัตรประชาชน

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมเลขที่ เพิ่ม ลบ

(ถ้ามีมากกว่าหนึ่งคนให้แจ้งเพิ่มเติมท้ายคำขอนี้จนครบ)

เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา ๔๐ (๗) แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

เวลาทำการ (เวลาปฏิบัติการ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าในระยะเวลาสองปีก่อนยื่นคำขอนี้ ข้าพเจ้าไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งที่ขอบด้วยกฎหมายให้จำคุกในความผิดที่กฎหมายบัญญัติ ให้ถือเอาการกระทำโดยทุจริตเป็นองค์ประกอบหรือในความผิดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ 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) แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

(๕) สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและเภสัชกร ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต

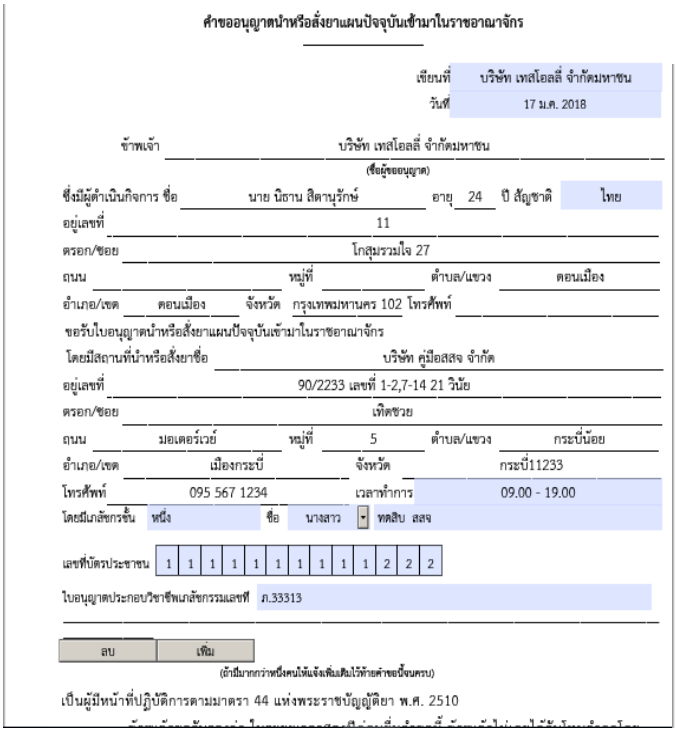
(๖) สำเนาหรือรูปถ่ายใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมของเภสัชกรทุกคน ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต

(๗) เอกสารแสดงว่าเป็นผู้ดำเนินกิจการ (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)

(ลายมือชื่อ) นาย นิธาน สิตานุรักษ์ ผู้ขออนุญาต

(นาย นิธาน สิตานุรักษ์ ตัวบรรจง)

6.แบบคำขอ นย1 ใส่เลขบัตรประชาชนของผู้ยื่นแล้ว กดดาวน์โหลดและอัพโหลดคำขอย้อนอ่านกลับไปข้อ3เป็นต้น



คำขออนุญาตนำหรือสั่งยาแผนปัจจุบันเข้ามาในราชอาณาจักร

เขียนที่ บริษัท เทสโอลลี่ จำกัดมหาชน
วันที่ 17 ม.ค. 2018

ข้าพเจ้า บริษัท เทสโอลลี่ จำกัดมหาชน
(ชื่อผู้ขออนุญาต)

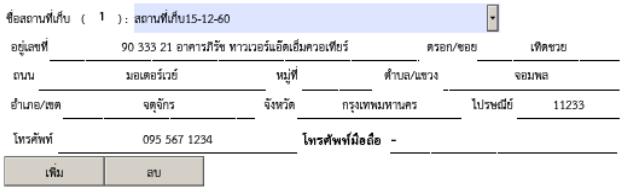
ซึ่งมีผู้ดำเนินกิจการ ชื่อ นาย นิธาน สิตานุรักษ์ อายุ 24 ปี สัญชาติ ไทย
อยู่เลขที่ 11
ตรอก/ซอย โกสุมรวมใจ 27
ถนน หมู่ที่ ตำบล/แขวง ดอนเมือง
อำเภอ/เขต ดอนเมือง จังหวัด กรุงเทพมหานคร 102 โทรศัพท์
ขอรับใบอนุญาตนำหรือสั่งยาแผนปัจจุบันเข้ามาในราชอาณาจักร
โดยมีสถานที่นำหรือสั่งยาชื่อ บริษัท คู่มือสสจ จำกัด
อยู่เลขที่ 90/2233 เลขที่ 1-2,7-14 21 วินัย
ตรอก/ซอย เทิดชวย
ถนน มอเตอร์เวย์ หมู่ที่ 5 ตำบล/แขวง กระบี่น้อย
อำเภอ/เขต เมืองกระบี่ จังหวัด กระบี่11233
โทรศัพท์ 095 567 1234 เวลาทำการ 09.00 - 19.00
โดยมีเภสัชกรชั้น หนึ่ง ชื่อ นางสาว ทดสิบ สสจ

เลขที่บัตรประชาชน 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 2 2 2

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมเลขที่ ภ.33313

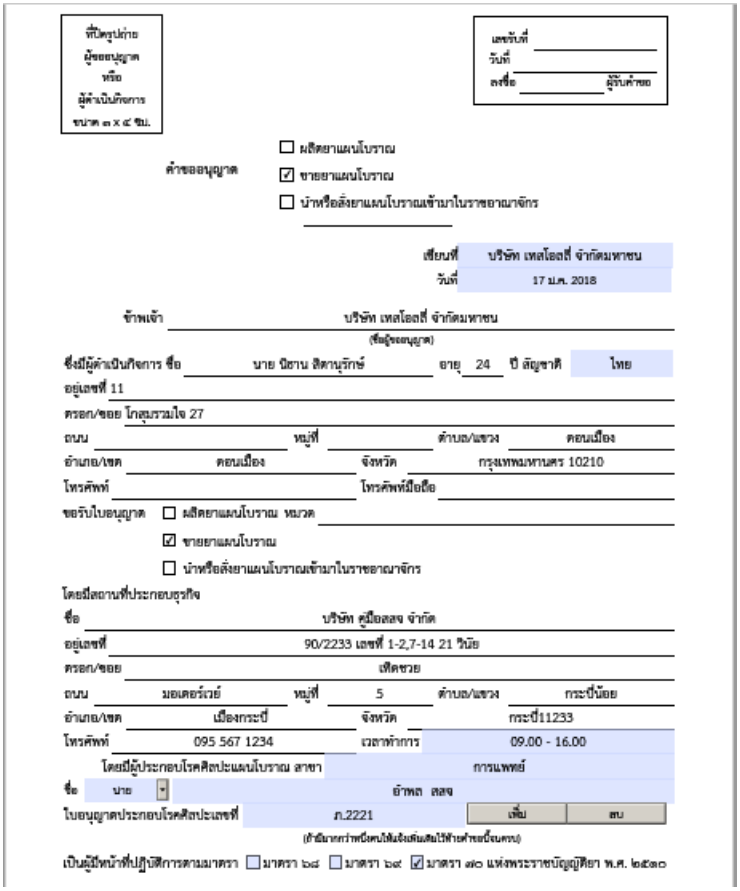
ลบ เพิ่ม
(ถ้ามีมากกว่าหนึ่งคนให้แจ้งเพิ่มเติมไว้ท้ายคำขอนี้จนครบ)

เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา 44 แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510



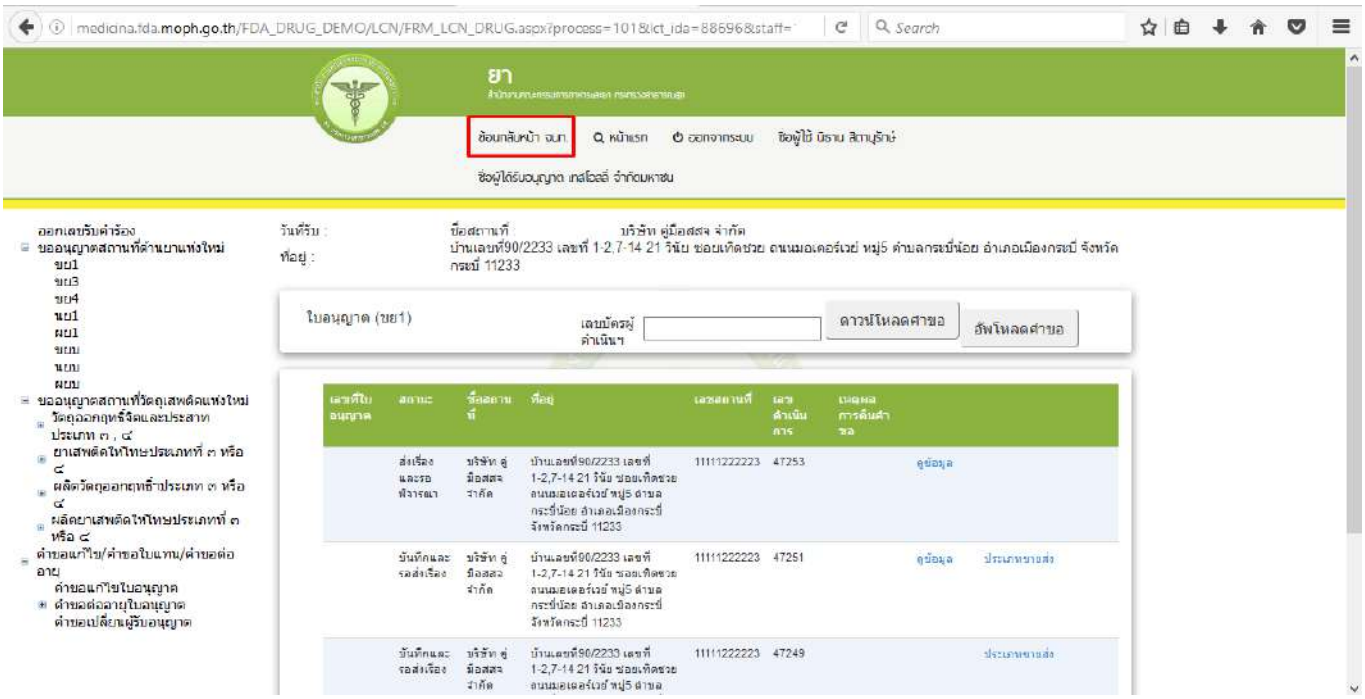
ชื่อสถานที่เก็บ (1): สถานที่เก็บ15-12-60
อยู่เลขที่ 90 333 21 อาคารภิรัช ทาวเวอร์แอ็ดเอ็มควอเทียร์ ตรอก/ซอย เทิดชวย
ถนน มอเตอร์เวย์ หมู่ที่ ตำบล/แขวง จอมพล
อำเภอ/เขต จตุจักร จังหวัด กรุงเทพมหานคร ไปรษณีย์ 11233
โทรศัพท์ 095 567 1234 **โทรศัพท์มือถือ** -
เพิ่ม ลบ

7.แบบคำขอ ขยบ นยบ ผยบ ใส่เลขบัตรประชาชนของผู้ยื่นแล้ว กดดาวน์โหลดและอัพโหลดคำขอย้อนอ่านกลับไปข้อ 3 เป็นต้นไป

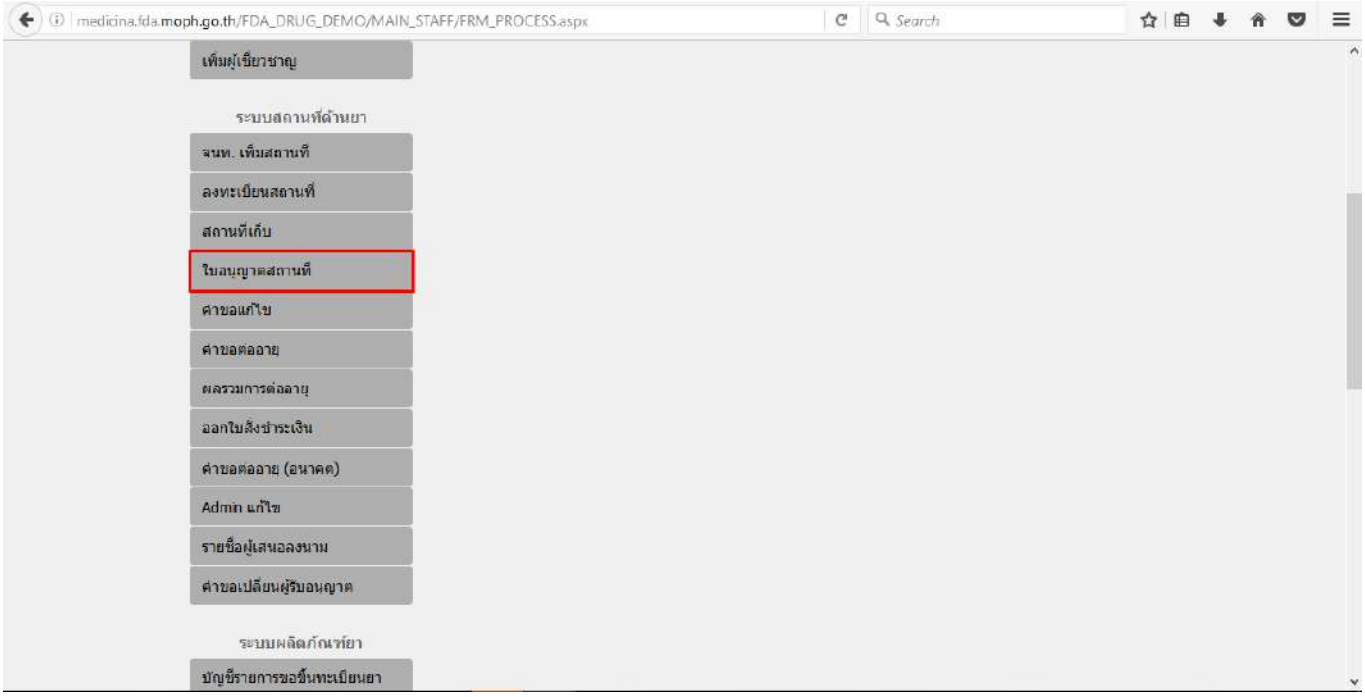


8.ฝั่งเจ้าหน้าที่รับเรื่อง สสจ

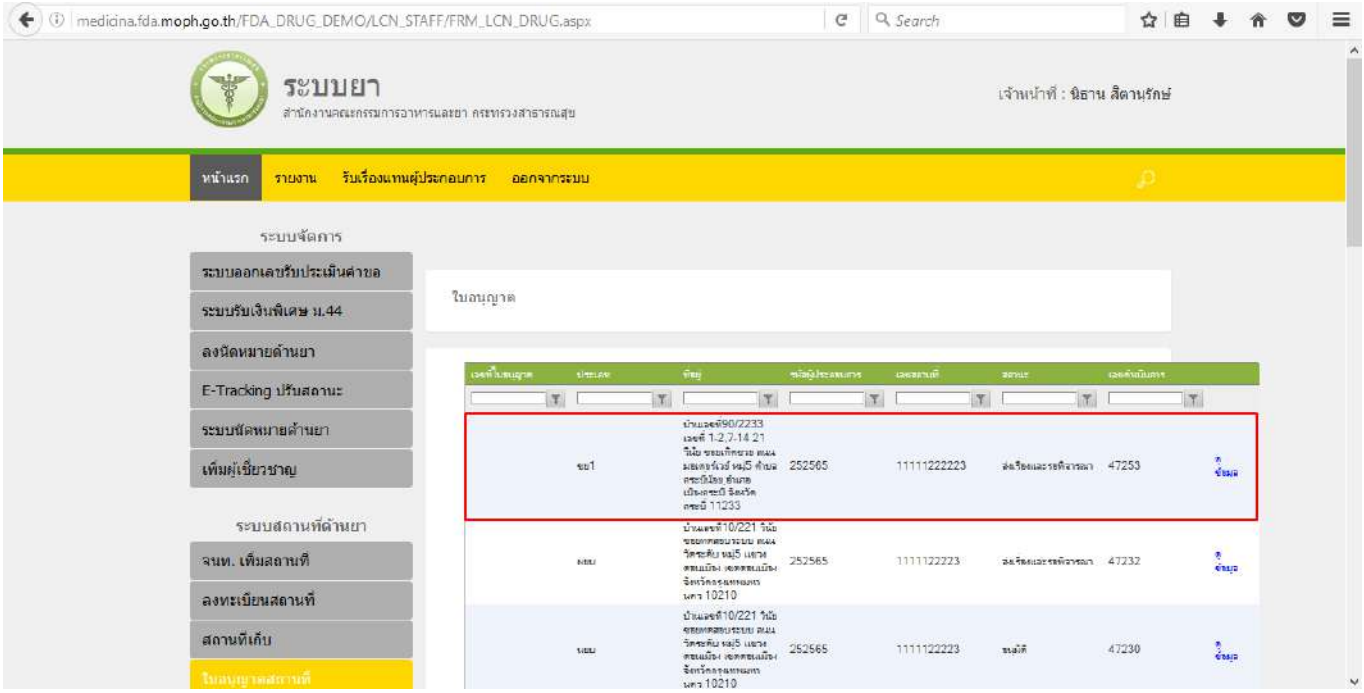
8.1หลังที่ยื่นคำขอใบอนุญาตไปแล้ว กดไปที่ปุ่ม ย้อนกลับหน้าเจ้าหน้าที่ ครับ



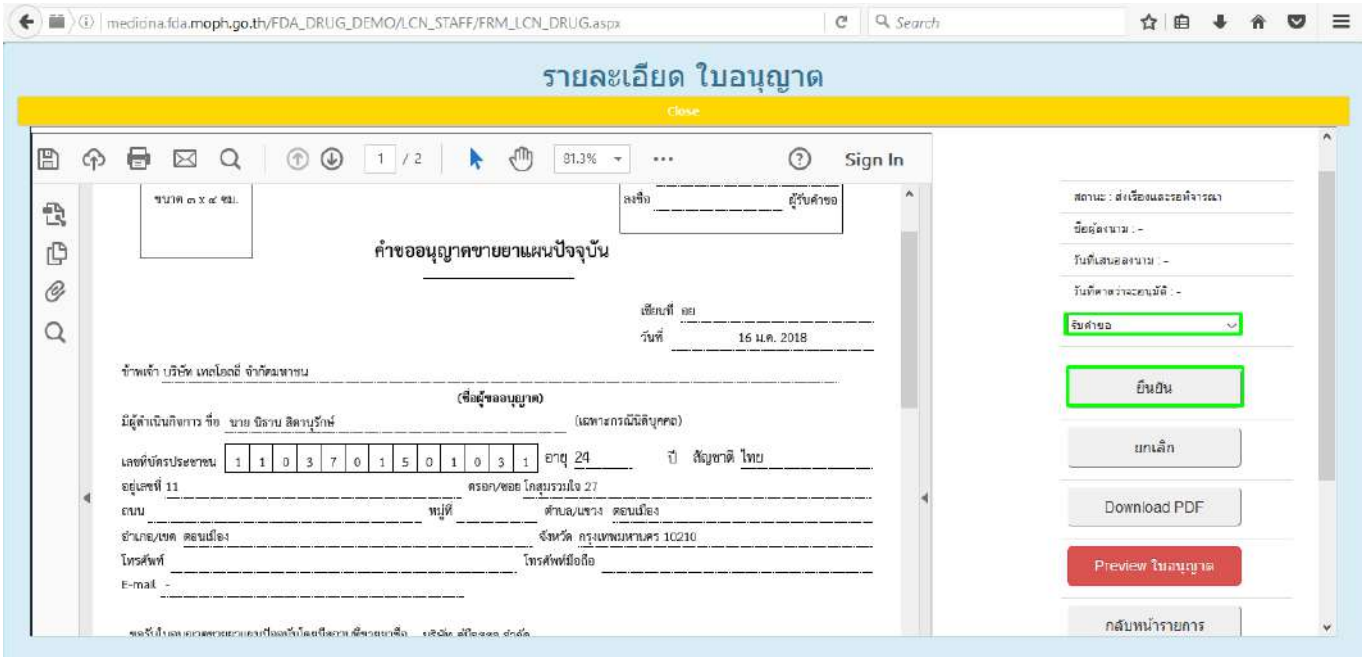
8.2 หลังจากกดย้อนกลับมาจนทแล้ว มาหน้าฝั่งเจ้าหน้าที่ให้กดเลือกหัวข้อ ใบอนุญาตสถานที่



8.3 แล้วเลือกรายการใบอนุญาต เพื่อรับคำขอให้กดไปที่ ดูข้อมูล ในรายการนั้นๆ



8.4 หลังจากที่กดข้อมูลตามรายการนั้นๆ มีไฟล์คำขอพร้อมข้อมูลที่ยื่นมา ให้ทำการตรวจทานข้อมูลให้ถูกต้อง กดรับคำขอ แล้วกดยืนยัน

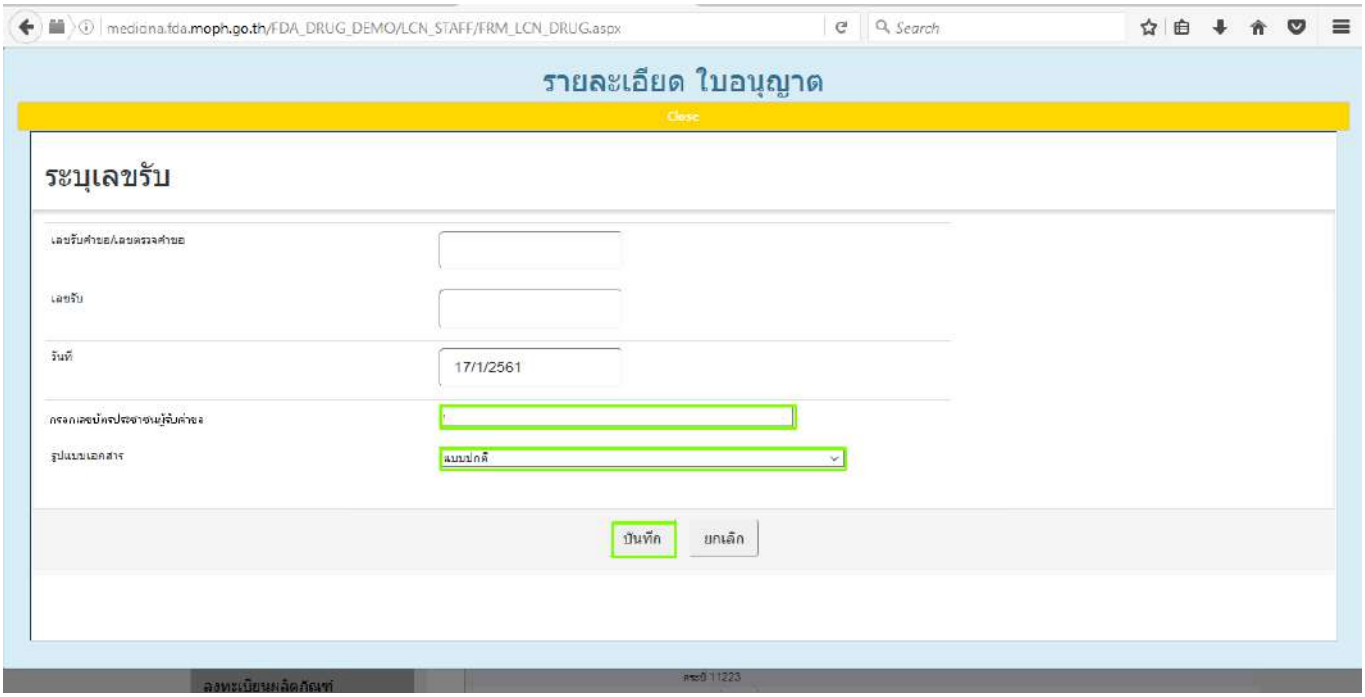


8.5 หลังจากกดรับคำขอไปแล้ว ณ ช่วงนี้เลขรับยังไม่ต้องกรอกครับ2ช่องแรก เน้นไป ใส่เลขบัตรประชาชนของผู้รับคำขอ แล้วก็รูปแบบเอกสาร รูปแบบเอกสารมี2แบบ คือแบบปกติ กับ แบบที่1

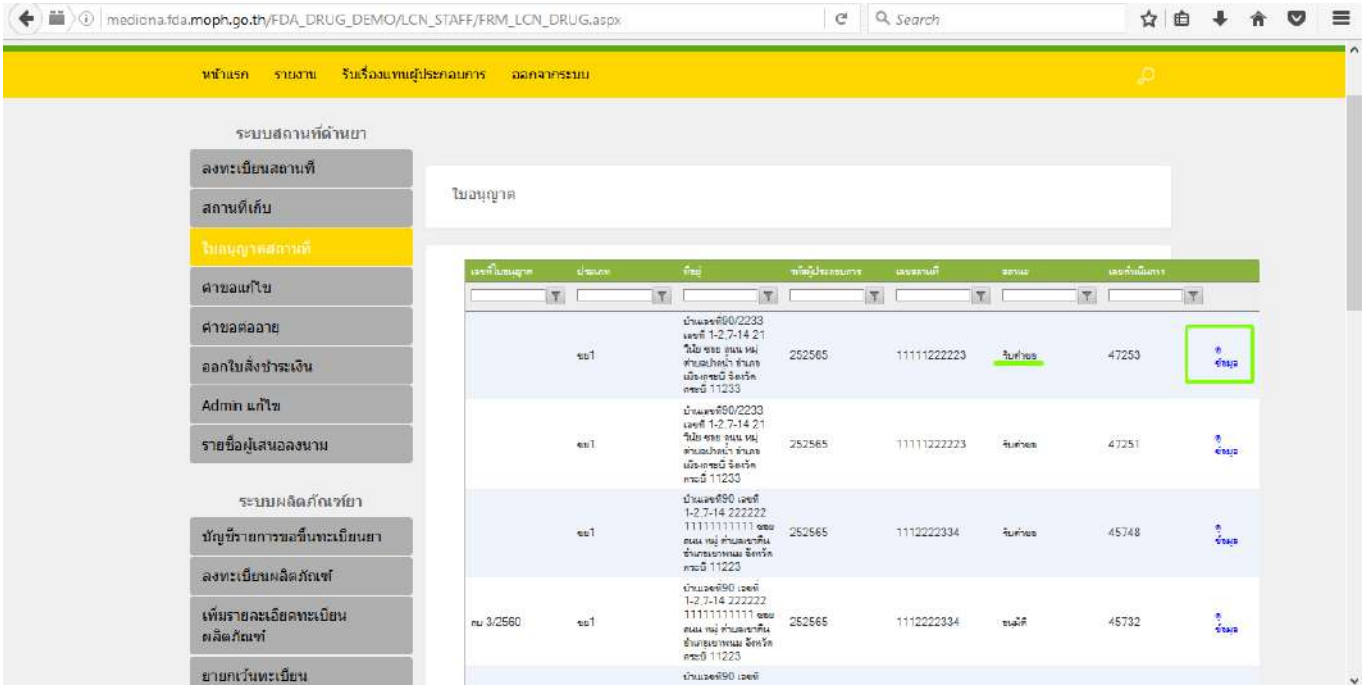
แบบปกติ: แบบฟรอมใบอนุญาตช่องไฟขนาดเท่าเดิมฟรอมดั้งเดิม

แบบที่1: แบบฟรอมนี้จะไว้ใช้กรณี ที่อยู่บ้านเลขที่ยาว ชื่อยาว มากว่าปกติ ให้เลือกแบบที่1แทน

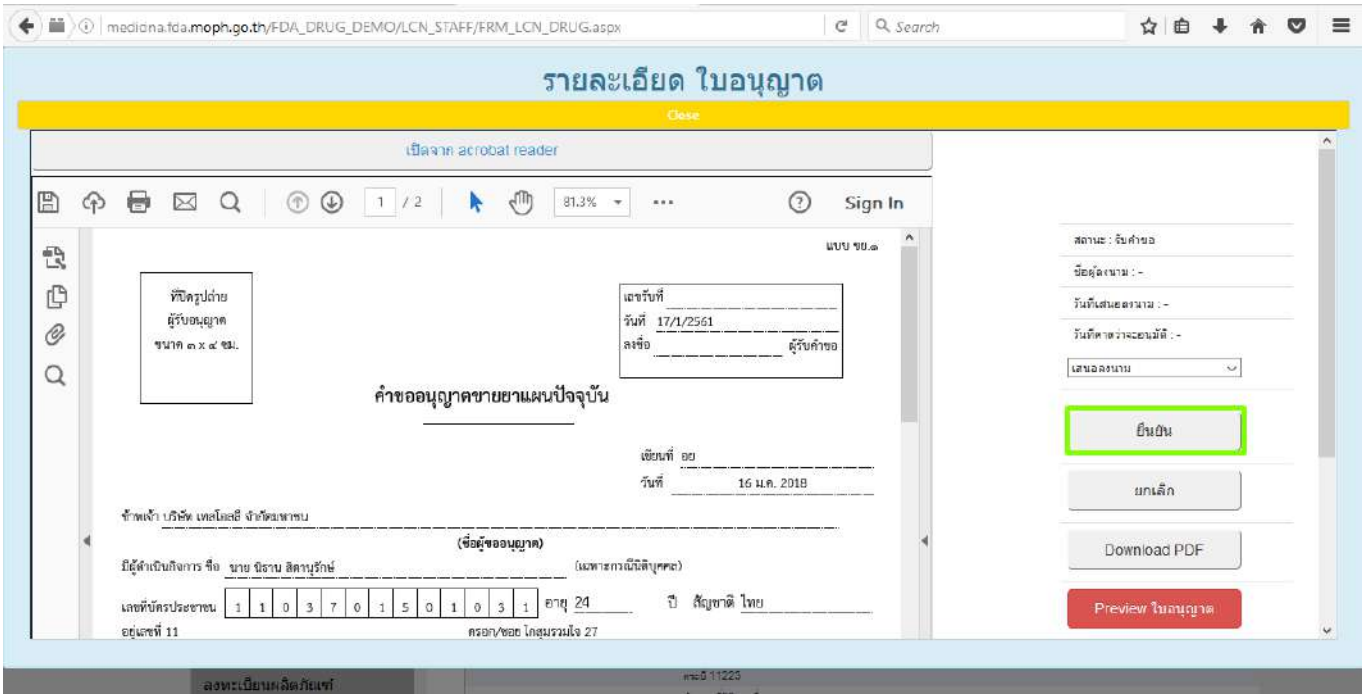
หลังจากที่เลือกรูปแบบเอกสารใบอนุญาตแล้วกดบันทึก สถานะเป็นรับคำขอ



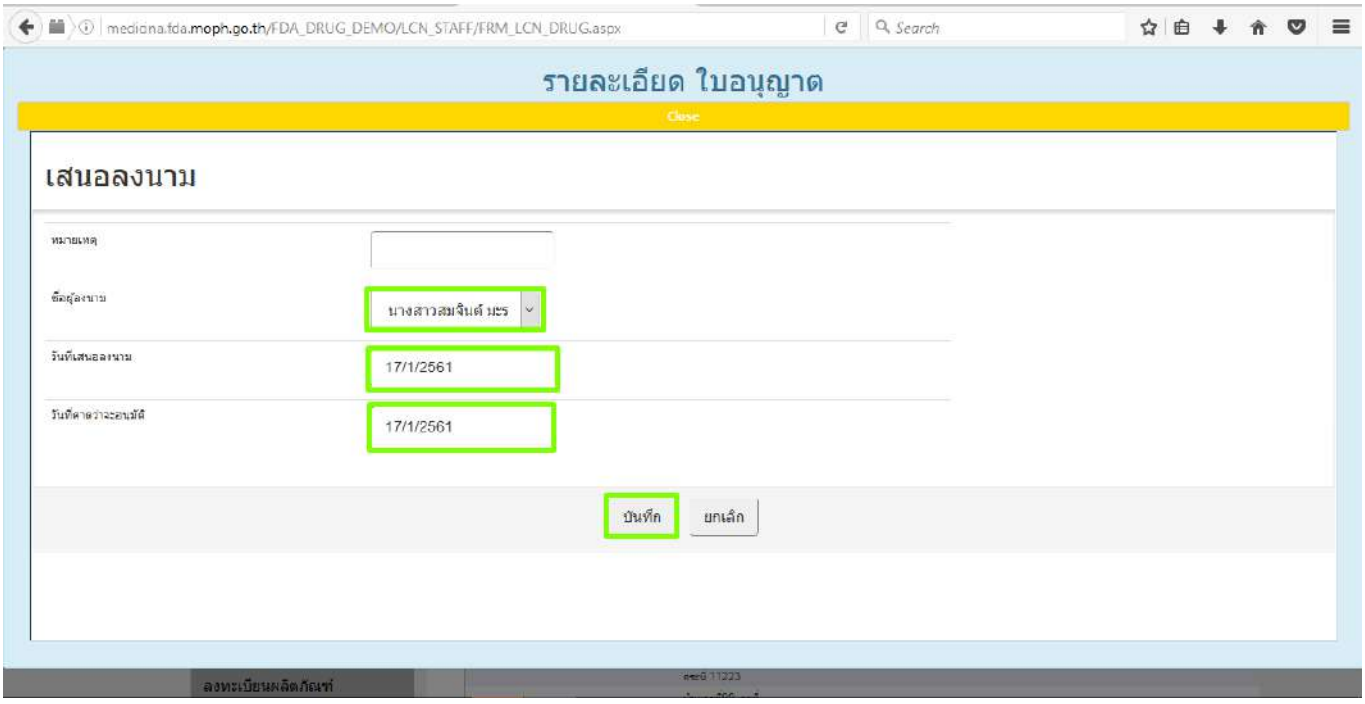
8.6 สถานะเป็นรับคำขอให้กดดูข้อมูลอีกครั้งเพื่อที่ไปส่งเรื่องรอพิจารณา



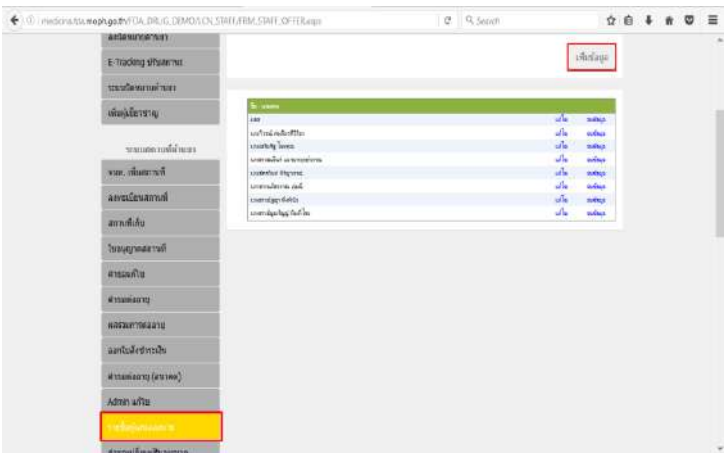
8.7 หลังจากกดดูข้อมูลมาแล้ว ครั้งที่2ขั้นตอนนี้ ตรวจเอกสารอีกครั้งเพื่อ ที่ยืนยันส่งไปเสนอลงนาม ถ้าข้อมูลเอกสารถูกต้อ กด ยืนยัน

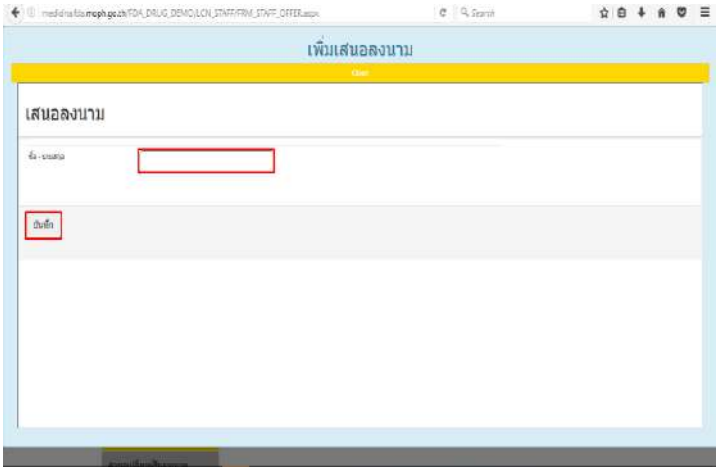


8.8 ให้เลือกลงชื่อผู้ลงนาม ถ้าไม่มี ต้องไปเพิ่มผู้ลงนามก่อนครับ จากข้อ8.8.1หลังจากบันทึกแล้วเลือกผู้เสนอลงนามที่ต้องการ เลือกวันที่ให้เรียบร้อยแล้วกดบันทึก

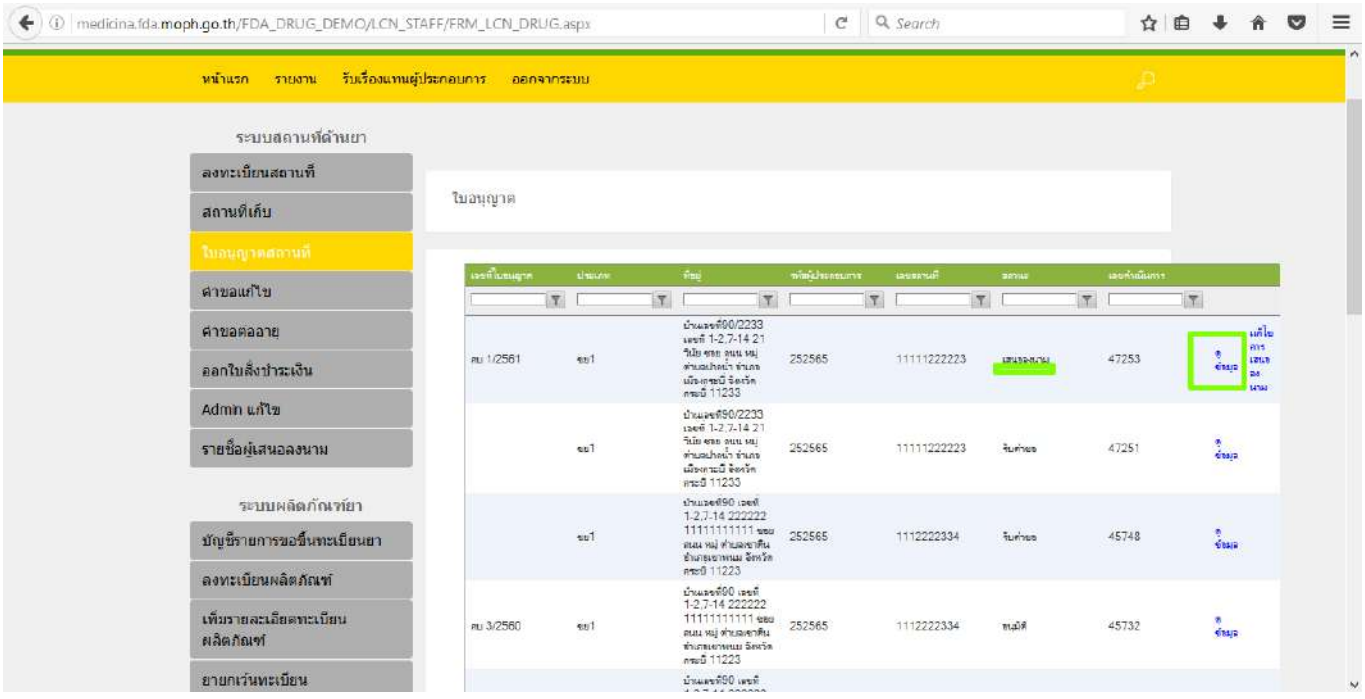


8.8.1 ให้เข้าไปเลือกเนมูเพิ่งผู้เสนอลงนาม กดไปที่ปุ่มเพิ่มข้อมูล กรอกชื่อ ลงไปแล้วกดบันทึก ในกรณีที่ไม่มีอยู่ในถังข้อมูล

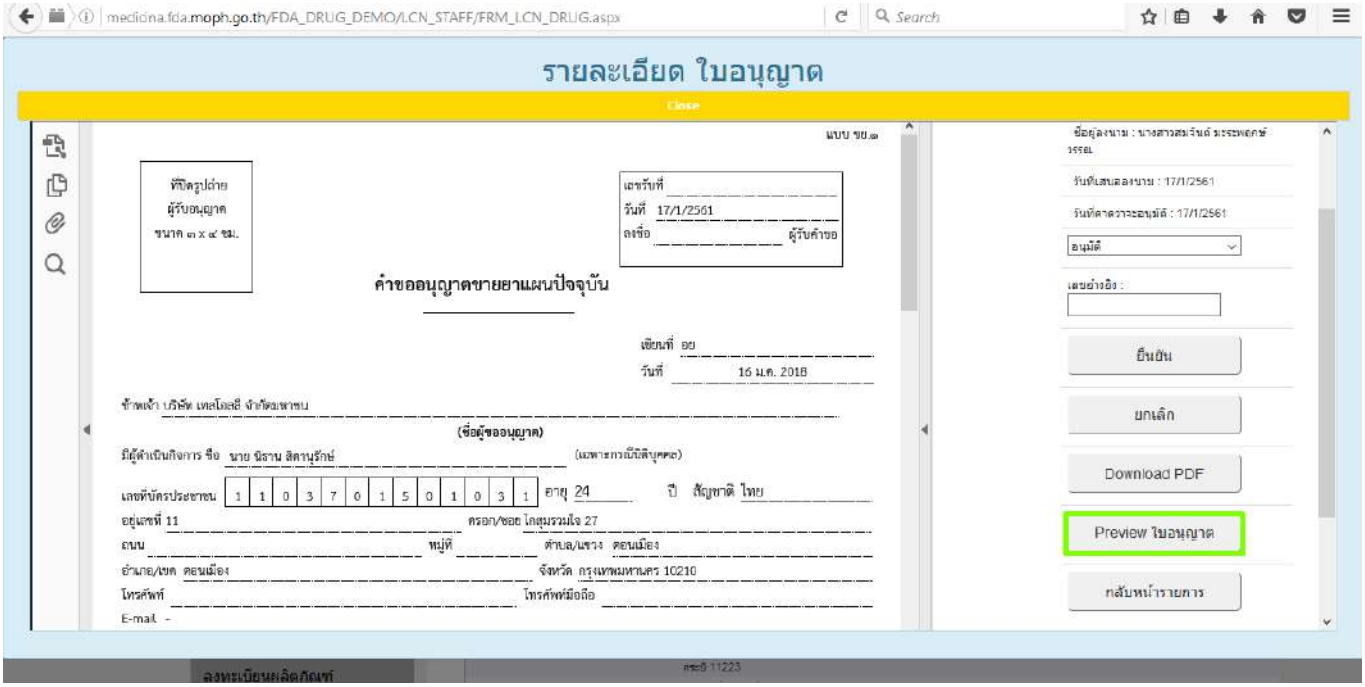




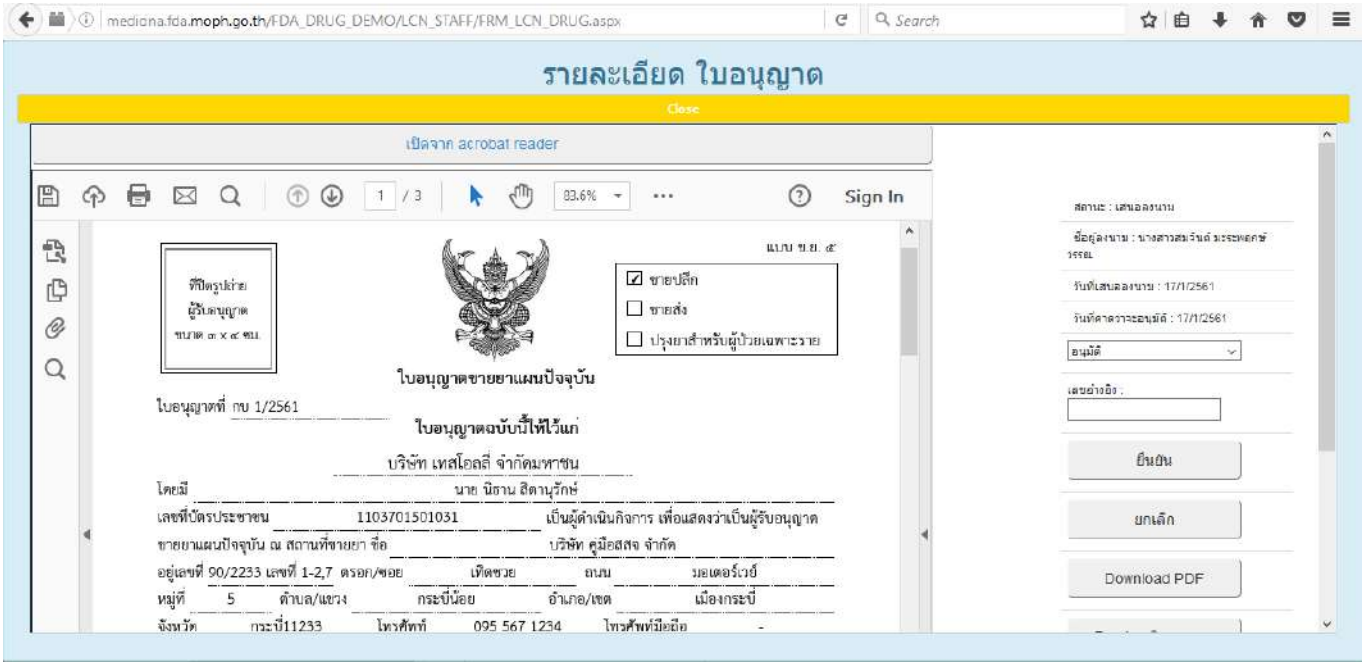
8.9 หลังจากที่กดบันทึกลงชื่อผู้เสนอลงนามจะ กลับมาที่หน้ารายการ สถานะเปลี่ยนเป็น เสนอลงนามให้กด ดูข้อมูลอีกรอบ เพื่อตรวจสอบ ใบอนุญาต ก่อนที่จะอนุมัติ



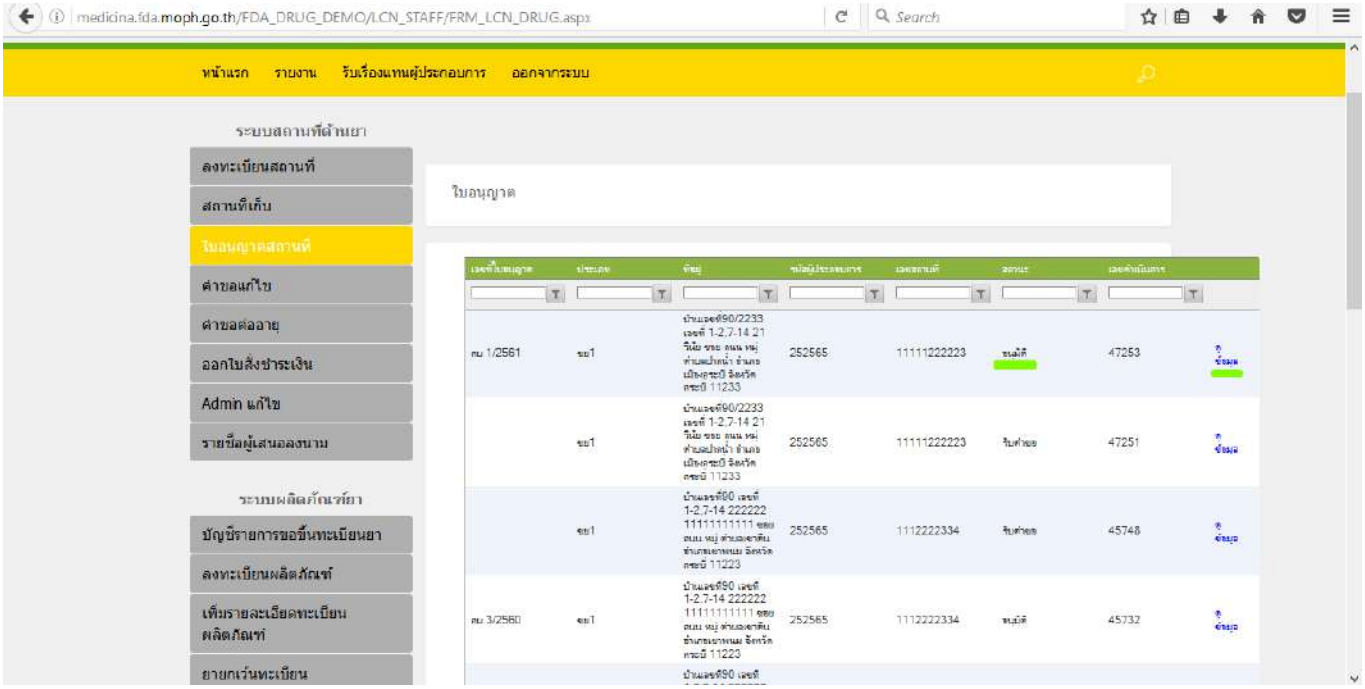
8.10 หลังจากที่กดดูข้อมูลแล้ว ก่อนอนุมัติให้ตรวจข้อมูลรายการคำขอให้ถูกต้องก่อน หลังจากนั้นให้กดใบ PREVIEW ใบอนุญาต เพื่อที่เข้าไปดูแบบฟอมใบอนุญาต ก่อนจะอนุมัติ

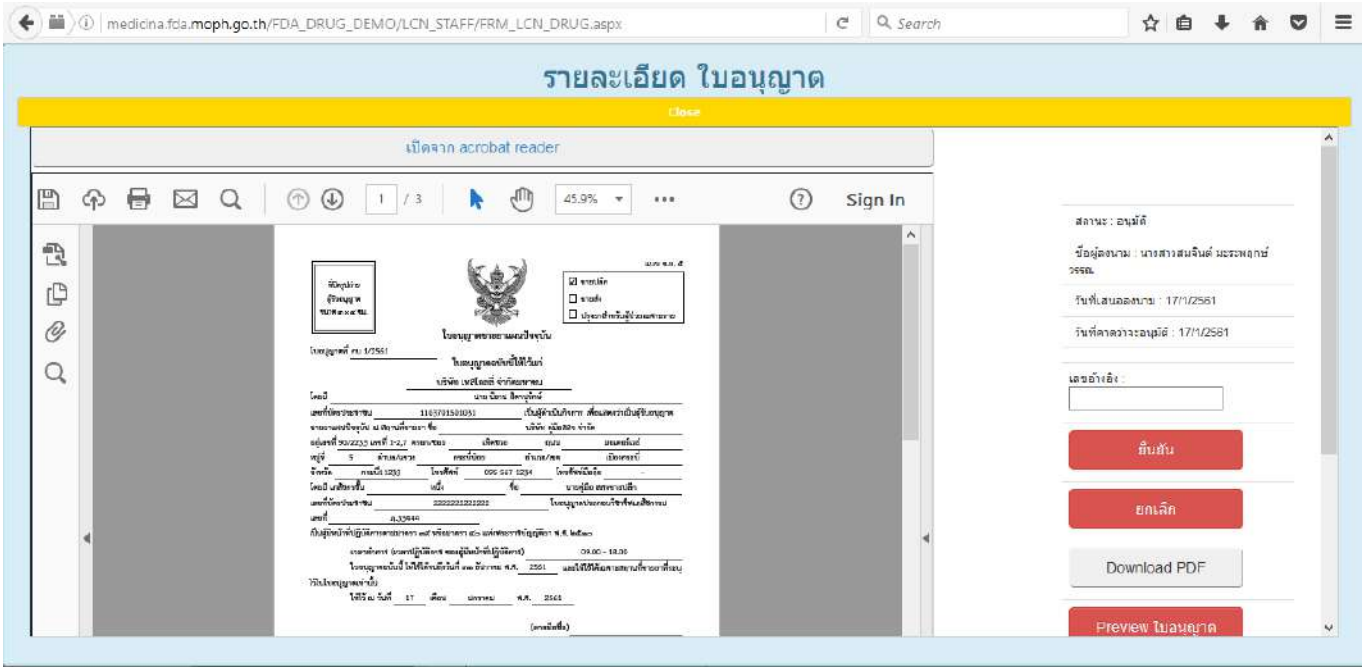


8.11 หลังจากกดPREVIEWใบญาตแล้วจากนั้น ปริ้นPDFข้อมูลตัวนี้ส่งไปให้ทางหัวหน้างานหรืออื่นๆที่ต้องตรวจสอบก่อนกดยืนยันเพื่ออนุมัติใบอนุญาต



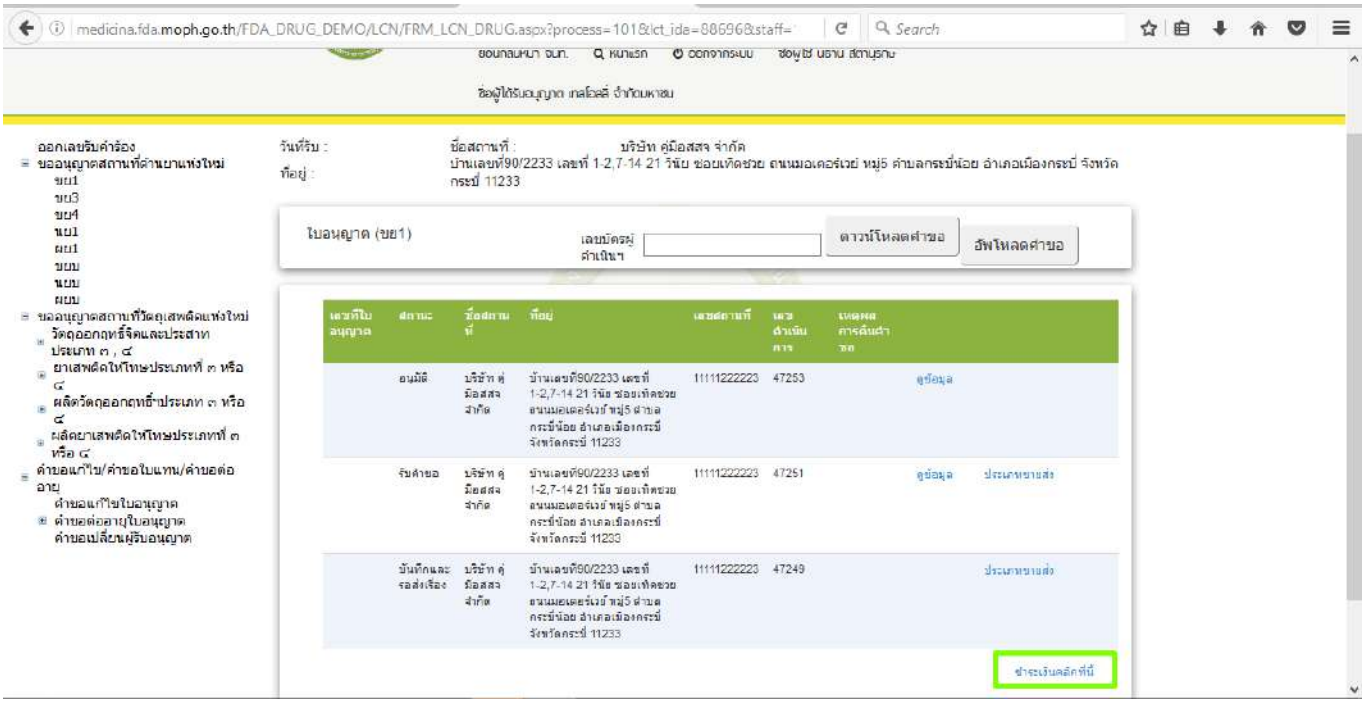
8.12 หลังจากที่กดยืนยันไปแล้วรายการนั้นสถานะเปลี่ยนเป็นอนุมัติใบอนุญาต กดดูข้อมูลอีกครั้งเพื่อที่ออกใบนุญาตข้อมูลที่สมบูรณ์ออกให้ผู้ประกอบการ



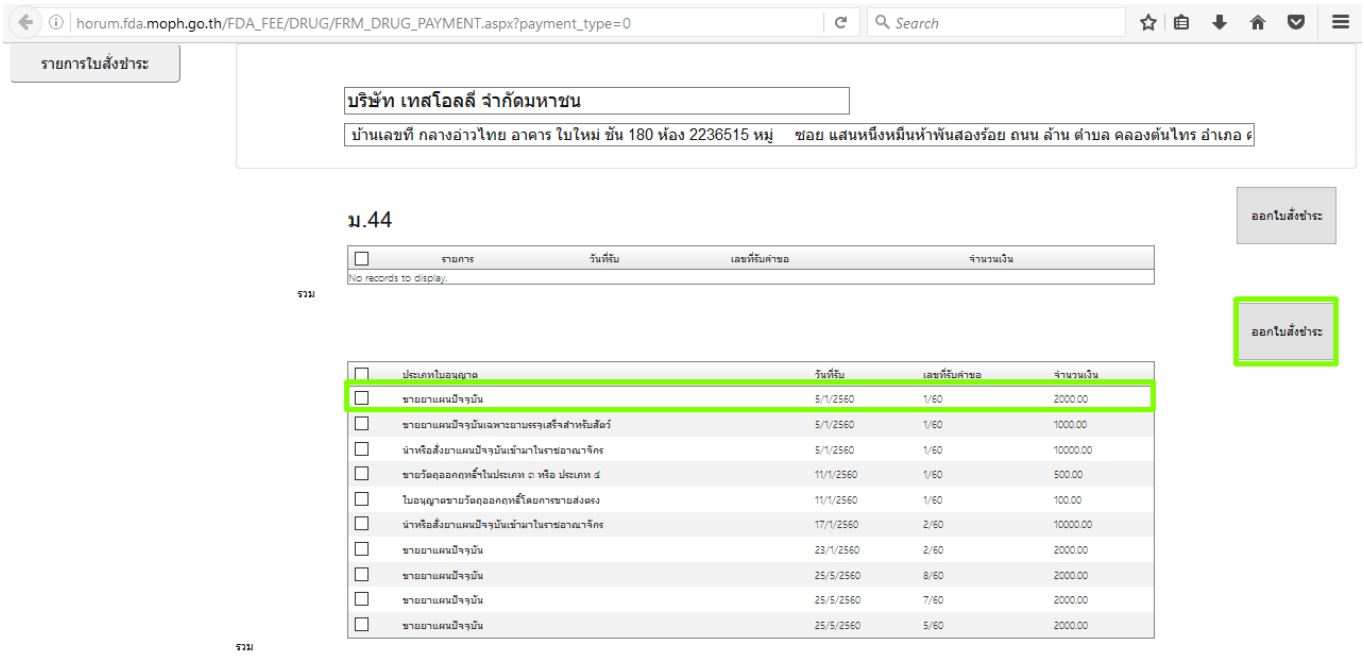


9.ออกใบสั่งชำระ

9.1 หลังจากที่ปริ้นใบอนุญาตออกมาแล้วต้องการที่ออกใบสั่งให้ เข้าไปทำในเมนูรับเรื่องแทนผู้ประการ เลือกหัวข้อ เลือกบริษัทที่ต้องการและใบอนุญาตที่ต้องการ กดเลือกที่ปุ่มชำระเงินที่นี่



9.2 หลังจากที่กดรายการชำระเงินที่นี่แล้ว เลือกรายการที่ออกใบสั่ง ติ๊กเลือกรายการ แล้วกดปุ่มออกใบสั่งชำระเพื่อที่ให้ผู้ประกอบการชำระเงิน หมายเหตุ:ชำระผ่านทางธนาคารเท่านั้นไม่สามารถจ่ายที่ สสจ ได้ครับ



จัดทำโดย กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี