



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี  
UTHAI THANI PROVINCIAL PUBLIC HEALTH OFFICE

WORK MANUAL  
MEDICINE ACT, B.E. 2510

# คู่มือปฏิบัติงาน การอนุญาตตามพระราชบัญญัติ *พ.ศ.2510*

# ยา

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 หนังสือนัดหมายตรวจสอบสถานที่ประกอบการขออนุญาต	๑๕
๑.๖ บันทึกข้อความขอใช้รถยนต์ส่วนบุคคล	๑๖
๑.๗ แบบประเมินร้านขายยาแผนปัจจุบัน (GPP เปิดใหม่)	๑๗
๑.๘ แบบตรวจสอบสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์	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 หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและ เภสัชสาธารณสุข		1 ตุลาคม 2563
ผู้อนุมัติ :	นายปรารถนา ประสงค์ดี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี		1 ตุลาคม 2563

 <b>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี</b>	<b>วิธีการปฏิบัติงาน</b> <b>เรื่อง การพิจารณาคำขออนุญาต</b> <b>ขายยา</b>	<b>เลขที่เอกสาร :WI-OSSC-04</b> <b>แก้ไขครั้งที่ : 0</b> <b>หน้า : 2 / 5</b>
---	--	--

**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 และที่แก้ไขเพิ่มเติม 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

 <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี</p>	<p><b>วิธีการปฏิบัติงาน</b> เรื่อง การพิจารณาคำขออนุญาต ขายยา</p>	<p>เลขที่เอกสาร : WI-OSSC-04 แก้ไขครั้งที่ : 0 หน้า : 3 / 5</p>
--	---	---

## 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 มีค่าคำขออนุญาตสถานที่ขายยา คำขอละ 500 บาท และค่าตรวจสถานที่ตามเกณฑ์ GPP 2,000 บาท(เฉพาะ ขย.1)

5.1.2.2 ให้ผู้ยื่นคำขอนำใบ e-payment ไปชำระที่การเงิน(กรณีนอกเหนือเงินสด) หรือ เคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทย(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

 <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี</p>	<p><b>วิธีการปฏิบัติงาน</b> เรื่อง การพิจารณาคำขออนุญาต ขยาย</p>	<p>เลขที่เอกสาร : WI-OSSC-04 แก้ไขครั้งที่ : 0 หน้า : 4 / 5</p>
--	--	---

5.2.6 กรณีพบว่าเป็นไปตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด ให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการเสนอนายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจารณาลงนามอนุญาต

5.2.7 กรณีพบว่าเป็นไปไม่ตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด ให้บันทึกสิ่งที่ต้องแก้ไขปรับปรุง และระยะเวลาที่คาดว่าจะแก้ไขเสร็จสิ้น เมื่อแก้ไขเสร็จสิ้นแล้วให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการเสนอนายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจารณาลงนามอนุญาต

### 5.3 พิจารณา อนุญาต/ไม่อนุญาต (2 วันทำการ)

5.3.1 บันทึกข้อความเสนอหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ลงนามผ่านหนังสือเพื่อเสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานีพิจารณาลงนามอนุญาต พร้อมหนังสือแจ้งให้ผู้รับอนุญาตมารับใบอนุญาต

5.3.2 บันทึกข้อมูลการอนุญาตขยายลงในระบบ 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 เจ้าหน้าที่ขอบุตรประชาชนของผู้มารับ กรณีถ้าไม่ใช่ผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการขอดูเอกสารมอบหมายให้มารับพร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับอนุญาตและผู้มารับใบอนุญาต

5.5.3 เจ้าหน้าที่ ออกใบ e-payment ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตขยายตามประเภท (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

 <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี</p>	<p><b>วิธีการปฏิบัติงาน</b> เรื่อง การพิจารณาคำขออนุญาต ขายยา</p>	<p>เลขที่เอกสาร : WI-OSSC-04 แก้ไขครั้งที่ : 0 หน้า : 5 / 5</p>
--	---	---

## 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 หนังสือนัดหมายตรวจสอบสถานที่ประกอบการขออนุญาต
- 7.9 บันทึกข้อความขอใช้รถยนต์ส่วนบุคคล
- 7.10แบบประเมินร้านขายยาแผนปัจจุบัน (GPP เปิดใหม่)
- 7.11แบบตรวจสอบสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์
- 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= ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จ) (ข.ย.2= ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์)	1	0	-	<input type="checkbox"/>
2	รูปถ่ายสีพื้นหลังเรียบหน้าตรงใบหน้าชัดเจนไม่มียิ้ม ไม่สวมหมวกหรือแว่นตาของผู้ขออนุญาตขนาด 3x4 เซนติเมตรถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน (อัดด้วยกระดาษโฟโต้ไม่ใช่ปริ้นท์สีจากเครื่องพิมพ์)	3	0	-	<input type="checkbox"/>
3	บัตรประจำตัวประชาชน	0	1	(ของผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการพิจารณาในเอกสารตามแต่ละกรณีดังต่อไปนี้ - ผู้ขอรับอนุญาต (กรณีบุคคลธรรมดา) - ผู้รับการแต่งตั้งจากนิติบุคคลให้เป็นผู้ดำเนินกิจการ (กรณีนิติบุคคล) - ผู้มีอำนาจลงนามของนิติบุคคลที่เป็นผู้ลงนามแต่งตั้งผู้ดำเนินกิจการ (กรณีนิติบุคคล) - ผู้รับมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน(กรณีที่ทำหนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน) - ผู้มอบอำนาจให้ดำเนินการแทน(กรณีที่ทำหนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน) - ผู้ยินยอมให้ใช้สถานที่ฯหรือผู้ให้เช่าสถานที่ฯ (แล้วแต่กรณี) - ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ กรณีที่ผู้ดำเนินกิจการเป็นบุคคลต่างดาวให้ใช้หลักฐานดังนี้แทน ๑สำเนาหนังสือเดินทาง(passport) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ๒สำเนาหนังสือขออนุญาตทำงานที่ออกโดยกระทรวงแรงงานฯพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)	<input type="checkbox"/>
4	สำเนาทะเบียนบ้าน	0	1	(ของสถานที่ที่จะขออนุญาตและผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการพิจารณาในเอกสารตามแต่ละกรณีดังต่อไปนี้ - ผู้ขอรับอนุญาต (กรณีบุคคลธรรมดา) - ผู้รับการแต่งตั้งจากนิติบุคคลให้เป็นผู้ดำเนินกิจการ (กรณีนิติบุคคล) - ผู้มีอำนาจลงนามของนิติบุคคลที่เป็นผู้ลงนามแต่งตั้งผู้ดำเนินกิจการ (กรณีนิติบุคคล) - ผู้รับมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน(กรณีที่ทำหนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน)	<input type="checkbox"/>



	รายการเอกสาร	ตัวจริง	สำเนา	เงื่อนไข	
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้มอบอำนาจให้ดำเนินการแทน(กรณีที่ทำหนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน)</li> <li>- ผู้ยินยอมให้ใช้สถานที่หรือผู้ให้เช่าสถานที่ (แล้วแต่กรณี)</li> <li>- ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ</li> </ul> กรณีที่ผู้ดำเนินการเป็นบุคคลต่างตัวให้ใช้หลักฐานดังนี้แทน ๑สำเนาหนังสือเดินทาง(passport) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ๒สำเนาหนังสือขออนุญาตทำงานที่ออกโดยกระทรวงแรงงานฯพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)	
5	ใบรับรองแพทย์ของผู้ขออนุญาต / ผู้ดำเนินการ (กรณีนิติบุคคล) และผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	1	0	(ระบุงการตรวจโรคต้องห้ามตามประกาศฯได้แก่โรคเรื้อนวัณโรคในระยะอันตรายโรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคมโรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรงและโรคพิษสุราเรื้อรัง) และอายุของใบรับรองแพทย์ไม่เกิน 3 เดือนณวันที่มายื่นคำขอ)	<input type="checkbox"/>
6	เอกสารแสดงหลักทรัพย์ (กรณีบุคคลธรรมดาเป็นผู้ขออนุญาตฯ)	0	1	(ตัวอย่างเช่น"สำเนาสมุดบัญชีเงินฝาก"ที่เป็นปัจจุบันพร้อมนำสมุดเงินฝากตัวจริงมาแสดงโดยมีเงินในบัญชีตั้งแต่ 10,000 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)ขึ้นไปพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องหรือ"สำเนาโฉนดที่ดิน"ที่ไม่ติดภาระผูกพันและระบุชื่อในโฉนดเป็นชื่อผู้ขออนุญาตพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)	<input type="checkbox"/>
7	เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานที่ขยายยา	0	1	(ได้แก่ 1. สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ขยายยาที่ระบุชื่อเจ้าบ้านหรือผู้ยินยอมทะเบียนบ้านเป็นชื่อผู้ขออนุญาต หรือ 2. หนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่โดยมี 2.1 หลักฐานแสดงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้ความยินยอมและผู้ขออนุญาต (ต้องเป็นเครือญาติกันหรือมีนามสกุลเดียวกัน (ระบุความสัมพันธ์)) 2.2 เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานที่ขยายยาของผู้ยินยอมให้ใช้สถานที่ 2.3 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ยินยอมให้ใช้สถานที่ 2.4 สำเนาบัตรประชาชนของผู้ยินยอมให้ใช้สถานที่ หรือ 3. สัญญาเช่าประกอบด้วย 3.1 สำเนาสัญญาเช่า (ระบุที่อยู่ของสถานที่ที่ให้เช่าครบถ้วนชัดเจนในสัญญา) 3.2 เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานที่ขยายยาของผู้ให้เช่า 3.3 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ให้เช่า 3.4 สำเนาบัตรประชาชนของผู้ให้เช่า)	<input type="checkbox"/>
8	สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	3	0	(ตามแบบฟอร์มที่อย.กำหนดโดยผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องมาแสดงตนและลงนามต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่ทั้ง 3 ชุดโดยเมื่อลงนามแล้วเจ้าหน้าที่จะคืนให้ 2 ชุด (สำหรับผู้รับอนุญาตเก็บไว้ 1ชุดและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเก็บไว้ 1 ชุด ))	<input type="checkbox"/>
9	คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (แบบข.ย.14 หน้า 1-3)	1	0	(ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องมาแสดงตนและลงนามต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่)	<input type="checkbox"/>

	รายการเอกสาร	ตัวจริง	สำเนา	เงื่อนไข	
10	สำเนาใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมพร้อมการรับรองสำเนาถูกต้อง	1	1	(กรณีมีการเปลี่ยนชื่อนามสกุลค่านำหน้าชื่อจะต้องมีการแก้ไขในใบประกอบวิชาชีพหรือแนบหลักฐานขอแก้ไขจากสภาเภสัชกรรม (เช่นหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมเพื่อขอแก้ไข))	<input type="checkbox"/>
11	หลักฐานแสดงว่าเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการให้บริการทางเภสัชกรรมชุมชนและกฎหมายด้านยา	1	0	(เช่นหลักฐานแสดงการมีหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ด้านเภสัชกรรมชุมชนหรือกฎหมายด้านยาอย่างน้อย 5 หน่วยกิต(ในช่วง 3 ปีย้อนหลังจากวันที่มายื่นคำขอ) หรือหลักฐานการผ่านการเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการฯในหลักสูตรที่สภาเภสัชกรรมรับรองฯ)	<input type="checkbox"/>
12	หนังสือรับรองนิติบุคคล (เฉพาะกรณีผู้ขออนุญาตฯเป็นนิติบุคคล)	0	1	(ต้องระบุเลขที่ตั้งของสถานที่ที่จะขออนุญาตเป็นสำนักงานสาขาหรือสำนักงานใหญ่ในหนังสือรับรองนิติบุคคล / หนังสือรับรองนิติบุคคลที่ออกให้จะต้องมีอายุไม่เกิน 6 เดือนนับถึงวันที่มายื่นคำขอฯ)	<input type="checkbox"/>
13	หนังสือแต่งตั้งผู้ดำเนินการ (ใช้เฉพาะกรณีนิติบุคคล)(ปิดอาคารแสดงมี 30 บาท)	1	0	(การลงนามต้องสอดคล้องตามชื่อผู้มีอำนาจที่จะลงนามตามที่ปรากฏในหนังสือรับรองนิติบุคคลพร้อมแนบสำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจด้วยกรณีที่เป็นบุคคลต่างตัวให้ใช้สำเนาหนังสือเดินทาง(Passport) และหนังสือการอนุญาตให้ทำงานที่ออกโดยกระทรวงแรงงานฯ)	<input type="checkbox"/>
14	หนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน (ปิดอาคารแสดงมี 10 บาท)	1	0	(เฉพาะกรณีที่ผู้ขออนุญาต/ผู้ดำเนินการไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขออนุญาตด้วยตนเองและมอบให้ผู้อื่นทำการแทน )	<input type="checkbox"/>
15	รูปถ่ายและแผนผังของสถานที่ที่ขออนุญาตซึ่งแสดงการสัดส่วนของพื้นที่	1	0	-	<input type="checkbox"/>

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 <sup>(๑)</sup>

- ขายปลีก  
 ขายส่ง  
 ปริญญาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย (เฉพาะขายปลีกเท่านั้น)

<sup>(๑)</sup> ให้ตอบมากกว่า ๑ ข้อ ในกรณีมีลักษณะการประกอบการมากกว่าหนึ่งลักษณะโดยการตอบจะมีผลต่อการประเมินความพร้อมของสถานที่อุปกรณ์ และการดำเนินการตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน เพื่อประกอบการอนุญาต

โดยมีเกสัชกรชั้น ..... ชื่อ .....

เลขที่บัตรประชาชน

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมเลขที่ .....

(ถ้ามีมากกว่าหนึ่งคนให้แจ้งเพิ่มเติมท้ายคำขอนี้จนครบ)

เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา ๓๙ หรือมาตรา ๔๐ แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

เวลาทำการ (เวลาปฏิบัติการ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ) .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าในระยะเวลาสองปีก่อนยื่นคำขอนี้ ข้าพเจ้าไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งที่ขอด้วยกฎหมายให้จำคุกในความผิดที่กฎหมายบัญญัติ 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) สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและเกสัชกร ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต
- (๖) สำเนาหรือรูปถ่ายใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมของเกสัชกรทุกคน ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต
- (๗) เอกสารแสดงว่าเป็นผู้ดำเนินกิจการ (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)
- (๘) เอกสารอื่น ๆ ถ้าจำเป็น

(ลายมือชื่อ).....ผู้ขออนุญาต

(.....ตัวบรรจง)

ที่ปิดรูปถ่าย  
ผู้รับอนุญาต  
ขนาด ๓ x ๔ ซม.

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

คำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน  
เฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

(ชื่อผู้ขออนุญาต)

มีผู้ดำเนินการ ชื่อ..... (เฉพาะกรณีนิติบุคคล)

เลขที่บัตรประชาชน                อายุ.....ปี สัญชาติ.....

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

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

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

E-mail .....

ขอรับใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ 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 ข้าพเจ้าไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งที่ขอด้วยกฎหมายให้จำคุกในความผิดที่กฎหมายบัญญัติให้ถือเอาการกระทำโดยทุจริตเป็นองค์ประกอบหรือในความผิดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ กฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท กฎหมายว่าด้วยการขายยาหรือพระราชบัญญัตินี้

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

- (๑) รูปถ่ายของผู้ขออนุญาต ขนาด ๓ x ๔ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป
- (๒) เอกสารแสดงการเป็นเจ้าของกิจการและหลักทรัพย์
- (๓) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต หรือผู้แทนหรือผู้จัดการนิติบุคคล
- (๔) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับรองว่าผู้ขออนุญาตไม่เป็นโรคตามมาตรา ๑๔ (๒) 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)

ที่ปิดรูปถ่าย  
ผู้รับอนุญาต  
ขนาด ๓ x ๔ ซม.

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

คำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน  
เฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์

\_\_\_\_\_

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 .....

ขอรับใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์โดยมีสถานที่ขายยาชื่อ .....

.....

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).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าในระยะเวลาก่อนยื่นคำขอนี้ ข้าพเจ้าไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุด หรือคำสั่งที่ขอด้วยกฎหมายให้จำคุกในความผิดที่กฎหมายบัญญัติ ให้ถือเอาการกระทำโดยทุจริตเป็นองค์ประกอบ หรือในความผิดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ กฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท กฎหมายว่าด้วยการขายยาหรือพระราชบัญญัตินี้

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

- (๑) รูปถ่ายของผู้ขออนุญาต ขนาด ๓ x ๔ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป
- (๒) เอกสารแสดงการเป็นเจ้าของกิจการและหลักทรัพย์
- (๓) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต
- (๔) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับรองว่าผู้ขออนุญาตไม่เป็นโรคตามมาตรา 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.....  
 ชื่อผู้ดำเนินการ.....(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
<b>๑.ภาพรวมของสถานที่ขายยา</b>			
๑.๑ สถานที่ขายยาเป็นสิ่งปลูกสร้างที่มั่นคงถาวร			
๑.๒ มีทะเบียนบ้านที่ออกโดยส่วนราชการ (มีหมายเลขรหัสประจำบ้าน)			
๑.๓ ตั้งอยู่ในสถานที่ซึ่งประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงได้ (มิใช่พื้นที่รโหฐาน หรือพื้นที่ส่วนบุคคล กรณีเป็นอาคารชุด ต้องเป็นพื้นที่ที่อนุญาตให้ประกอบกิจการไม่ใช่ที่พักอาศัย)			
๑.๔ มีการจัดการจัดการควบคุมสภาวะแวดล้อมที่เหมาะสม ต่อการรักษาคุณภาพผลิตภัณฑ์ให้มีประสิทธิภาพที่ดีในการ รักษา อากาศถ่ายเทดี แห้ง สามารถควบคุมอุณหภูมิให้ไม่ เกิน ๓๐ องศาเซลเซียส และสามารถป้องกันแสงแดดไม่ให้ ส่องโดยตรงถึงผลิตภัณฑ์			○ ติดเครื่องปรับอากาศ ○ มีการป้องกันไม่ให้ แสงแดดส่องกระทบถึง ผลิตภัณฑ์
๑.๕ มีตู้หรือชั้นวางยาที่สามารถแยกเก็บยาเป็นหมวดหมู่ ตามประเภทของยา ทั้งส่วนของหน้าร้าน และพื้นที่เก็บ สำรองยา(ถ้ามี) และไม่วางยาสัมผัสกับพื้นโดยตรง			
๑.๖ มีแสงสว่างเพียงพอในการอ่านเอกสาร อ่านฉลาก ผลิตภัณฑ์ยาและป้ายแสดงต่าง ๆ ได้อย่างชัดเจน			
๑.๗ มีระบบการกำจัดสิ่งปฏิกูล และการรักษาความสะอาด			
๑.๘ มีการควบคุมป้องกันสัตว์แมลงรบกวน ไม่มีสัตว์เลี้ยง ในบริเวณขายยา			
๑.๙ มีตู้หรือลิ้นชักเก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือ ประเภท ๔ และตู้หรือลิ้นชักเก็บยาเสพติดให้โทษใน ประเภท ๓ แยกเป็นสัดส่วน (กรณีมีการขออนุญาตขายวัตถุ ออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือ ประเภท ๔ หรือ ยาเสพติดให้ โทษในประเภท ๓)			

ชื่อร้าน.....วันที่ตรวจประเมิน.....

รายการ	เหมาะสม/ ถูกต้อง	ควรปรับปรุง / ไม่ถูกต้อง	หมายเหตุ
<b>๒.การจัดสัดส่วนของพื้นที่</b>			
๒.๑ มีพื้นที่เพียงพอสำหรับผู้เกี่ยวข้องได้ปฏิบัติหน้าที่โดยสะดวก ไม่ว่าจะเป็นผู้รับอนุญาต ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ผู้มาใช้บริการ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ของรัฐที่จะเข้าปฏิบัติหน้าที่			
๒.๒ พื้นที่ของร้านขายยา มีการจัดเป็นสัดส่วน ประกอบด้วย <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร</li> <li>○ ส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ</li> <li>○ ส่วนสำหรับให้ลูกค้าบริการตนเอง</li> <li>○ พื้นที่เก็บสำรองยาเป็นการเฉพาะ(ถ้ามี)</li> </ul>			
<b>๒.๓ ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร และส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ</b> ต้องอยู่ในบริเวณที่ติดต่อกัน และมีพื้นที่ทั้งสองส่วนรวมกันไม่น้อยกว่า ๘ ตารางเมตร โดยความยาวของด้านที่สั้นที่สุดของพื้นที่ต้องไม่น้อยกว่า ๒ เมตร			
๒.๔ จัดให้มีม่าน หรือวัสดุทึบ สำหรับ ใช้ปิดบัง บริเวณส่วนให้บริการโดยเภสัชกร ในขณะที่เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ พร้อมทั้งข้อความแจ้งให้ทราบว่าเภสัชกรไม่อยู่แสดงไว้ให้เห็นได้ชัดเจนจากภายนอกสถานที่			
๒.๕ ส่วนให้คำปรึกษาแนะนำมีการจัดเป็นสัดส่วนโดยมีพื้นที่บนเคาเตอร์ หรือโต๊ะซึ่งเพียงพอต่อการให้บริการสามารถวางแฟ้มประวัติผู้ป่วย และอุปกรณ์หรือหนังสือที่ประกอบการให้คำปรึกษาแนะนำ ตลอดถึงยาที่ผู้ป่วยได้รับ รวมถึงมีเก้าอี้สำหรับเภสัชกร และผู้มาขอรับคำปรึกษาแนะนำ พร้อมทั้งมีป้ายแสดงชัดเจน			
๒.๖ กรณีมีพื้นที่เก็บสำรองยาเป็นการเฉพาะจะต้องมีพื้นที่เพียงพอ สำหรับการจัดเก็บรักษา ยาประเภทต่าง ๆ วัสดุ และผลิตภัณฑ์อื่น ๆ อย่างเป็นระเบียบ เหมาะสม และไม่วางยาสัมผัสกับพื้นโดยตรง (หากไม่มีพื้นที่เก็บสำรองยาเป็นการเฉพาะให้ระบุ “ไม่มี” ในช่องหมายเหตุ)			

ชื่อร้าน.....วันที่ตรวจประเมิน.....

รายการ	เหมาะสม/ ถูกต้อง	ควรปรับปรุง / ไม่ถูกต้อง	หมายเหตุ
<b>๓.ป้าย และอุปกรณ์ต่างๆ</b>			
๓.๑ มีป้าย “สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน” ติดในบริเวณที่ผู้มารับบริการมองเห็นได้ชัดเจน สามารถมองเห็นได้จากภายนอกอาคาร			
๓.๒ มีป้ายแสดงชื่อตัว ชื่อสกุล วิทยฐานะ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ รูปถ่ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เลขที่ใบอนุญาตวิชาชีพ และเวลาปฏิบัติการติดในบริเวณที่ผู้มารับบริการมองเห็นได้ชัดเจน สามารถมองเห็นได้จากภายนอกอาคาร			
๓.๓ มีถาดนับเม็ดยา อย่างน้อย ๒ ถาด กรณีต้องมีการแบ่งบรรจุยาในกลุ่มเพนนิซิลิน หรือยาในกลุ่มซัลโฟนาไมด์ หรือยาในกลุ่มต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAID) ทั้งนี้ อุปกรณ์นับเม็ดยาสำหรับยาในกลุ่มเพนนิซิลิน หรือยาในกลุ่มซัลโฟนาไมด์ หรือยาในกลุ่มต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAID) ให้แยกใช้เด็ดขาดจากยาในกลุ่มอื่น ๆ มีการติดป้ายให้เห็นชัดเจนที่อุปกรณ์ และไม่นับยา			
๓.๔ มีอุปกรณ์เครื่องใช้ที่สะอาด และมีอุปกรณ์ทำความสะอาดเพียงพอ เพื่อลดการปนเปื้อนกับยาในกลุ่มที่อาจก่อให้เกิดอาการแพ้			
๓.๕ มีตู้เย็น (เฉพาะกรณีมียาที่ต้องเก็บรักษาในอุณหภูมิที่ต่ำกว่าอุณหภูมิห้อง) ในสภาพที่ใช้งานได้ตามมาตรฐาน มีพื้นที่เพียงพอสำหรับการจัดเก็บยาแต่ละชนิดเป็นส่วนเฉพาะไม่ใช่เก็บของปะปนกับสิ่งของอื่น			
๓.๖ มีอุปกรณ์ตามรายการ ดังนี้ อย่างน้อย ๑ เครื่อง <ul style="list-style-type: none"> <li>○ เครื่องวัดความดันโลหิต (ชนิดอัตโนมัติ)</li> <li>○ เครื่องชั่งน้ำหนักสำหรับผู้มารับบริการ</li> <li>○ อุปกรณ์ที่วัดส่วนสูงสำหรับผู้มารับบริการ</li> <li>○ อุปกรณ์สำหรับดับเพลิง</li> </ul> โดยอุปกรณ์อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งาน/ใช้ได้ดีตามมาตรฐาน			

ชื่อร้าน.....วันที่ตรวจประเมิน.....

รายการ	เหมาะสม/ ถูกต้อง	ควรปรับปรุง / ไม่ถูกต้อง	หมายเหตุ
<b>๔. การปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน</b>			
๔.๑ มี ชื่อร้าน ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์สำหรับติดต่อ บนซองสำหรับบรรจุยา			
๔.๒ เภสัชกรแต่งกายด้วยเสื้อกาวน์สีขาว ติดเครื่องหมาย สัญลักษณ์ของสภาเภสัชกรรม และแสดงตนว่าเป็นเภสัชกร			
๔.๓ พนักงานร้านยาและบุคลากรอื่นภายในร้านขายยา ต้องใส่เสื้อ ป้ายแสดงตน ไม่สื่อไปในทางที่จะก่อให้เกิด ความเข้าใจว่าเป็นเภสัชกร			
๔.๔ เภสัชกร และพนักงานร้านยา มีความเข้าใจในการจัด วางยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ วัตถุออกฤทธิ์ และยาเสพติด ติดเป็นแต่ละกลุ่มแยกจากกัน และจัดวางยาในลักษณะที่ ป้องกันไม่ให้ผู้รับบริการเข้าถึงยาดังกล่าวด้วยตัวเอง ๔.๔.๑ ความหมาย วิธีสังเกต และให้ยกตัวอย่างยา อันตราย ยาควบคุมพิเศษ วัตถุออกฤทธิ์ และยาเสพติด อย่างละ ๓ รายการ ๔.๔.๒ อธิบายเหตุผล และความจำเป็น ที่ต้องจัดวางยา อันตราย ยาควบคุมพิเศษ วัตถุออกฤทธิ์ และยาเสพติดให้ ๔.๔.๒.๑ ยาแต่ละกลุ่มแยกกัน ๔.๔.๒.๒ การจัดวางยาในลักษณะที่ป้องกัน ไม่ให้ผู้รับบริการเข้าถึงยาดังกล่าวด้วยตัวเอง			
๔.๕ มีแบบบัญชีต่างๆตามที่กฎกระทรวงกำหนด ○ บัญชีการซื้อยา (แบบ ข.ย.๙) ○ บัญชีการขายยาควบคุมพิเศษ (แบบ ข.ย.๑๐) ○ บัญชีการขายยาอันตรายเฉพาะรายการที่เลขาธิการ คณะกรรมการอาหารและยากำหนด (แบบ ข.ย.๑๑) ○ บัญชีการขายยาตามใบสั่งยาของผู้ประกอบวิชาชีพ เวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ประกอบวิชาชีพการ สัตวแพทย์ (แบบ ข.ย.๑๒)			

ชื่อร้าน.....วันที่ตรวจประเมิน.....

รายการ	เหมาะสม/ ถูกต้อง	ควรปรับปรุง / ไม่ถูกต้อง	หมายเหตุ
๔.๖ ไม่มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ และเครื่องดื่มที่มี ส่วนผสมของแอลกอฮอล์			

สรุปผลการประเมิน

๑.สิ่งที่ต้องปรับปรุง และระยะเวลาแล้วเสร็จ .....

.....

.....

๒.ความคิดเห็นของผู้ประเมินต่อการให้อনุญาต.....

.....

.....

ผู้รับอนุญาต และเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ต่างทราบตรงกันเกี่ยวกับการที่เภสัชกรผู้มีหน้าที่  
ปฏิบัติการจะต้องมาปฏิบัติหน้าที่ ณ ร้านยา ตามเวลาที่ระบุ อย่างเคร่งครัด

.....  
(.....)

ผู้ขอรับอนุญาต

.....  
(.....)

ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ในการตรวจครั้งนี้ เจ้าหน้าที่มิได้ทำให้ทรัพย์สินของผู้ประกอบธุรกิจ สูญหาย หรือเสียหาย แต่อย่างไร  
อ่านให้ฟังแล้ว/อ่านดูเอง รับรองว่าถูกต้องจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

.....  
(.....)

ผู้ขอรับอนุญาต

.....  
(.....)

ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

.....  
(.....)

ผู้ประเมิน ๑

.....  
(.....)

ผู้ประเมิน ๒

.....  
(.....)

พยาน

.....  
(.....)

พยาน

แบบตรวจสอบสถานที่

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

ได้มาตรวจสอบสถานที่ขออนุญาตขายยาแห่งนี้ 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
[ ] มีป้ายแสดงสัญลักษณ์ ที่กำหนดอย่างถูกต้อง ครบถ้วน
( ) ป้ายแสดง "สถานที่ขายยา แผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์" ด้วยวัสดุถาวรสีแดง,ขนาด 20x70 เซนติเมตร,ตัวอักษรไทยสีขาวสูงไม่น้อยกว่า 3 เซนติเมตร
( ) ป้ายแสดง ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ แสดง ชื่อตัว-ชื่อสกุล ,วิทยะฐานะของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ และเวลาปฏิบัติการ ด้วยวัสดุถาวรสีแดง,ขนาด 20x50 เซนติเมตร, ตัวอักษรไทยสีขาวสูงไม่น้อยกว่า 3 เซนติเมตร
[ ] มีการกำจัดสิ่งปฏิกูลและการรักษาความสะอาด ตามความจำเป็น
[ ] สถานที่ปรุงยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการปรุงยาแผนปัจจุบัน ตามใบสั่งยาสำหรับคนไข้เฉพาะรายของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ถ้ามี)
( ) มี , ขนาด.....ตารางเมตร ( ) ไม่มี
[ ] อุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษาคุณภาพของยาที่เก็บไว้ ได้แก่ ตู้เย็น
[ ] ไม่มีสัตว์เลี้ยงหรือสัตว์ที่อาจเป็นพาหะของโรค

- 5. สรุปผลการตรวจ ( ) เหมาะสม ที่จะ เป็นสถานที่ขายยา ( ) ไม่เหมาะสมที่จะเป็นสถานที่ขายยาเพราะ.....

ในการมาตรวจครั้งนี้ พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มาทำการตรวจมิได้ทำให้ทรัพย์สินที่อยู่ในสถานที่แห่งนี้สูญหายหรือเสียหายแต่ประการใด และอ่านให้ฟังแล้ว ขอรับรองว่าถูกต้อง จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

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



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

(Bill Payment)

เลขที่.....

<b>บมจ.ธนาคารกรุงไทย (Bill Payment)</b> <b>Company Code: 707534</b>		วันที่.....
ชื่อ - สกุล.....		
Ref : 1 เลขบัตรประจำตัวประชาชน	Ref : 2 ประเภทรายได้	Ref : 3 หมายเลขโทรศัพท์
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 ค่าปรับขาดใช้ทุน
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 ริมเงินหลักประกันสัญญานำส่งเป็นรายได้แผ่นดิน
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
	120 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล	131 ชำระเงินอื่นๆ
<input type="checkbox"/> เงินสด (Cash) <input type="checkbox"/> เงินโอน (TR) <input type="checkbox"/> แยกเชิอร์เช็ค เลขที่.....	ธนาคาร (Bank)	สาขา (Branch)
จำนวนเงินเป็นตัวอักษร (Amount in letter)		จำนวนเงินเป็นตัวเลข (Amount in digit)
บาท(Bath)		
ผู้นำฝาก.....	เบอร์โทรศัพท์ .....	เจ้าหน้าที่ธนาคารประทับตรา .....



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

แบบฟอร์มการชำระเงิน

(Bill Payment)

เลขที่.....

<b>บมจ.ธนาคารกรุงไทย (Bill Payment)</b> <b>Company Code: 707534</b>		วันที่.....
ชื่อ - สกุล.....		
Ref : 1 เลขบัตรประจำตัวประชาชน	Ref : 2 ประเภทรายได้	Ref : 3 หมายเลขโทรศัพท์
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 ค่าปรับขาดใช้ทุน
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 ริมเงินหลักประกันสัญญานำส่งเป็นรายได้แผ่นดิน
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
	120 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล	131 ชำระเงินอื่นๆ
<input type="checkbox"/> เงินสด (Cash) <input type="checkbox"/> เงินโอน (TR) <input type="checkbox"/> แยกเชิอร์เช็ค เลขที่.....	ธนาคาร (Bank)	สาขา (Branch)
จำนวนเงินเป็นตัวอักษร (Amount in letter)		จำนวนเงินเป็นตัวเลข (Amount in digit)
บาท(Bath)		
ผู้นำฝาก.....	เบอร์โทรศัพท์ .....	เจ้าหน้าที่ธนาคารประทับตรา .....



หนังสือนัดหมายของผู้ขออนุญาต

เขียนที่.....

.....

วันที่.....

เรื่อง ขอให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบสถานที่

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ข้าพเจ้า.....ได้ยื่นคำขอ.....

ณ สถานที่ชื่อ.....ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

บัดนี้ ได้จัดเตรียมสถานที่ตามแผนผังที่ได้ยื่นขออนุญาตเรียบร้อยแล้ว พร้อมทั้งจะให้พนักงาน  
เจ้าหน้าที่ได้ทำการตรวจสอบสถานที่เพื่อประกอบการขออนุญาต ตั้งแต่วันที่.....เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

# ใบขออนุญาตใช้รถยนต์ส่วนบุคคล

เลขที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง.....

ขออนุญาตใช้รถยนต์ของทางราชการไปราชการที่.....

เพื่อ.....มีคนนั่ง.....คน (รวมพนักงานขับรถ)

ในวันที่.....เวลา.....น. ถึงวันที่.....เวลา.....น.

(ลงชื่อ).....ผู้ขออนุญาต  
(.....)

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

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ในการเดินทางไปราชการครั้งนี้

1. เห็นควรอนุญาตให้นำรถยนต์ ยี่ห้อ.....

หมายเลขทะเบียน.....ไปราชการ โดยมี  
.....ทำหน้าที่พนักงานขับรถ

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.....

ที่ปิดรูปถ่าย  
ผู้รับอนุญาต  
ขนาด ๓ x ๔ ซม.



- ชายปลีก
- ชายส่ง
- ประยูรสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย

ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

ใบอนุญาตที่ ...../.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

.....

โดยมี .....

เลขที่บัตรประชาชน                เป็นผู้ดำเนินการ เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับอนุญาต

ขายยาแผนปัจจุบัน ณ สถานที่ขายยา ชื่อ .....

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

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

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

โดยมี เกสักรชั้น ..... 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

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ....

(ลายมือชื่อ) .....

ผู้อนุญาต

ตำแหน่ง .....

...../...../.....

การต่ออายุ ครั้งที่ ๒

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ....

(ลายมือชื่อ) .....

ผู้อนุญาต

ตำแหน่ง .....

...../...../.....

การต่ออายุ ครั้งที่ ๓

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ....

(ลายมือชื่อ) .....

ผู้อนุญาต

ตำแหน่ง .....

...../...../.....

## รายการแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาต

ที่ปิดรูปถ่าย  
ผู้รับใบอนุญาต  
ขนาด ๓ x ๔ ซม.



**ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน  
เฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ**

ใบอนุญาตที่ ...../.....

**ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่**

โดยมี .....

เลขที่บัตรประชาชน  เป็นผู้ดำเนินการ เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับใบอนุญาตขายยา

แผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ ณ สถานที่ขายยา ชื่อ .....

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

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

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

โดยมี  เกษีกรชั้น ..... ชื่อ .....

เลขที่บัตรประชาชน  ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

เลขที่.....

ผู้ประกอบวิชาชีพ..... ชื่อ .....

เลขที่บัตรประชาชน  ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

เลขที่.....

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

ชื่อ..... เลขที่บัตรประชาชน

หนังสือรับรองเลขที่ .....

เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติตามมาตรา ๔๑ แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

เวลาทำการ (เวลาปฏิบัติการ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ) .....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .... และให้ใช้ได้เฉพาะสถานที่ขายยาที่ระบุไว้ใน

ใบอนุญาตเท่านั้น

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

ที่ปิดรูปถ่าย  
ผู้รับอนุญาต  
ขนาด ๓ x ๔ ซม.



ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน  
เฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์

ใบอนุญาตที่ ...../.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

โดยมี .....

เลขที่บัตรประชาชน  เป็นผู้ดำเนินกิจการ เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับอนุญาต

ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์ ณ สถานที่ขายยา ชื่อ .....

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

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

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

โดยมี  เกสัชกรชั้น ..... 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

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ....

(ลายมือชื่อ) .....

ผู้อนุญาต

ตำแหน่ง .....

...../...../.....

การต่ออายุ ครั้งที่ ๒

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ....

(ลายมือชื่อ) .....

ผู้อนุญาต

ตำแหน่ง .....

...../...../.....

การต่ออายุ ครั้งที่ ๓

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ....

(ลายมือชื่อ) .....

ผู้อนุญาต

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  
(เฉพาะสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ)

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 .....

(๖) ข้าพเจ้ารับทราบและจะปฏิบัติตามหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่กำหนดไว้ ตลอดระยะเวลาที่ข้าพเจ้าเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่แห่งนี้โดยเคร่งครัด

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

(๑) สำเนาทะเบียนบ้าน

(๒) สำเนาบัตรประชาชน

(๓) คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน พร้อมตราประทับในกรณีรับราชการหรือทำงาน (ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาคำหนด)

(๔) เอกสารอื่น ๆ (ถ้าจำเป็น)

ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

กรณีการขอใบอนุญาตใหม่ ให้ทำคำรับรองนี้ต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ให้คำรับรอง

(ลายมือชื่อ)..... พนักงานเจ้าหน้าที่

คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน  
เพื่อเป็นหลักฐานประกอบคำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในการเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในร้านขายยา  
ตามกฎหมายกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน 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



.....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....

เฉพาะกรณีที่เภสัชกรไม่ได้รับราชการ หรือ ทำงานประจำ (ให้กรอกข้อความ อ่านและลงนามข้างล่างนี้)  
ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่ได้รับราชการหรือทำงาน  
ประจำที่ได้ ทั้งนี้ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้า  
พนักงาน  
ลงชื่อ.....  
(.....)  
เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

**สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ**  
**ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สัญญาระหว่าง .....ในนามของ .....

เลขที่ .....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “ผู้รับอนุญาต” ฝ่ายหนึ่งกับ.....

( ) การบำบัดโรคสัตว์

ผู้ประกอบ ( ) โรคศิลปะ แผน.....สาขา.....

( ) วิชาชีพ.....

ชั้น.....ใบอนุญาตเลขที่.....ซึ่งต่อไปในสัญญาเรียกว่า “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. หากต้องมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทำอยู่ เพื่อให้การปฏิบัติการได้เป็นไปโดยถูกต้องตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 และกฎกระทรวงซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติยาฉบับดังกล่าว ผู้รับอนุญาตยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกประการ

7. ภาษีเงินได้ที่จะต้องเสียตามกฎหมาย ผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตกลงกันว่า.....เป็นผู้เสีย

- 8. หากปรากฏว่า คู่สัญญา-

8. หากปรากฏว่า คู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไม่ปฏิบัติตามสัญญานี้แม้แต่ข้อหนึ่งข้อใด สัญญานี้เป็นอันเลิกกันทันที โดยคู่สัญญาไม่ต้องปฏิบัติตามข้อ 5. และคู่สัญญาที่มีสิทธิจะฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายได้ตามกฎหมาย 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 หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและ เภสัชสาธารณสุข		1 ตุลาคม 2563
ผู้อนุมัติ :	นายปรารถนา ประสงค์ดี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี		1 ตุลาคม 2563

 <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี</p>	<p>วิธีการปฏิบัติงาน เรื่อง การพิจารณาคำขอต่ออายุ ใบอนุญาตขายยา</p>	<p>เลขที่เอกสาร : WI-OSSC-05 แก้ไขครั้งที่ : 0 หน้า : 2 / 5</p>
--	---	---

ประวัติการแก้ไข

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

1. วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางในการพิจารณาอนุญาตต่ออายุใบอนุญาตขายยา ได้อย่างถูกต้องตามที่กฎหมายกำหนด และตามกำหนดเวลาในคู่มือประชาชน

2. ขอบเขต

ระเบียบปฏิบัติงานนี้ครอบคลุมตั้งแต่รับคำขอ จนถึงส่งมอบใบอนุญาต

3. คำจำกัดความ

3.1 ใบอนุญาตขายยา หมายถึง ใบอนุญาตขายยาตามความหมายใน พระราชบัญญัติยา พ.ศ.๒๕๑๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ที่มีสถานที่ตั้งอยู่ในจังหวัดอุทัยธานี


3.2 ผู้อนุญาต หมายถึง ผู้ว่าราชการจังหวัดอุทัยธานี

3.3 เจ้าหน้าที่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับคำสั่งแต่งตั้งให้มีหน้าที่ในการพิจารณาอนุญาตยา ตามคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

4. หน้าที่ความรับผิดชอบ

4.1 เกสัชกรศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเกสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ผู้มีหน้าที่พิจารณาคำขอ และตรวจสถานที่

4.2 เจ้าหน้าที่ธุรการ มีหน้าที่นำส่งหนังสือทางไปรษณีย์แบบลงทะเบียนตอบรับ

 <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี</p>	<p><b>วิธีการปฏิบัติงาน</b> เรื่อง การพิจารณาคำขอต่ออายุ ใบอนุญาตขายยา</p>	<p>เลขที่เอกสาร : WI-OSSC-05 แก้ไขครั้งที่ : 0 หน้า : 3 / 5</p>
--	--	---

## 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) หรือ เคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทย(กรณีเงินสด)

5.1.2.3 ลงรับคำขอในทะเบียนหนังสือลงรับ(ศูนย์ผลิตภัณท์สุขภาพเบ็ดเสร็จ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี) เมื่อผู้ยื่นคำขอแสดงหลักฐานการจ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว พร้อมทั้งบันทึกเลขที่ใบเสร็จชำระเงินในเอกสารคำขอ และลงระยะเวลาแล้วเสร็จ 3 วันทำการนับตั้งแต่วันที่ยื่นคำขอสำเร็จ

### 5.2 พิจารณา อนุญาต/ไม่อนุญาต (180 นาที)

5.3.1 บันทึกข้อความเสนอหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ลงนามผ่านหนังสือเพื่อเสนอให้ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานีพิจารณาลงนามอนุญาต พร้อมหนังสือแจ้งให้ผู้รับอนุญาตมารับใบอนุญาต

5.3.2 บันทึกข้อมูลการอนุญาตขายยาลงในระบบ 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)



 <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี</p>	<p><b>วิธีการปฏิบัติงาน</b> เรื่อง การพิจารณาคำขอต่ออายุ ใบอนุญาตขายยา</p>	<p>เลขที่เอกสาร : WI-OSSC-05 แก้ไขครั้งที่ : 0 หน้า : 4 / 5</p>
--	--	---

5.5.2 เจ้าหน้าที่ขอคู่มือประชาชนของผู้มารับ กรณีถ้าไม่ใช่ผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการขอเอกสารมอบหมายให้มารับแทนพร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับอนุญาตและผู้มารับใบอนุญาต

5.5.3 เจ้าหน้าที่ ออกใบ e-payment ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตขายยาตามประเภท (ขย.2,3 1,000 บาท ขย.1 2,000 บาท) ให้ผู้ยื่นคำขอไป 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 เรื่องค่าใช้จ่ายที่จะจัดเก็บจากผู้ยื่นคำขอในกระบวนการพิจารณาอนุญาตผลิตภักดิ์ยา 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



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

วิธีการปฏิบัติงาน  
เรื่อง การพิจารณาคำขอต่ออายุ  
ใบอนุญาตขายยา

เลขที่เอกสาร :WI-OSSC-05  
แก้ไขครั้งที่ : 0  
หน้า : 5 / 5

# เอกสารประกอบการพิจารณา : การขอต่ออายุใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (ทุกประเภท)

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี สถานที่ขายยา ชื่อ.....

## เอกสารประกอบการขออนุญาต

	รายการเอกสาร	ตัวจริง	สำเนา	หมายเหตุ	
1	คำขอต่ออายุใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.15)	1	0		<input type="checkbox"/>
2	ใบอนุญาตขายยา หรือใบแทน	1	0		<input type="checkbox"/>
3/4	บัตรประจำตัวประชาชน / ทะเบียนบ้าน (ผู้รับอนุญาต)	0	1/1		<input type="checkbox"/>
5	ใบรับรองแพทย์ / ผู้ดำเนินกิจการ (ผู้รับอนุญาต)	1	0		<input type="checkbox"/>
6	เอกสารแสดงว่าผู้ดำเนินกิจการ เป็นผู้แทนนิติบุคคล	0	1		<input type="checkbox"/>
7	คำรับรอง ข.ย.14	1	0		<input type="checkbox"/>
8	คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน ข.ย.14 หน้า 3	1	0		<input type="checkbox"/>
9	ใบรับรองแพทย์ (ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ)	1	0		<input type="checkbox"/>
10/11	บัตรประชาชน/ทะเบียนบ้าน (ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ)	0	1/1		<input type="checkbox"/>
12	ผลการตรวจประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (GPP หรือ ร้านยาคุณภาพ)	0	1	ขย.1	<input type="checkbox"/>
13	ใบประกอบวิชาชีพ	1	1	กรณีที่ใบเกินหมดอายุ	<input type="checkbox"/>
14	สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	3	0		<input type="checkbox"/>
15	(กรณีเปลี่ยนใบใหม่ หรือขอใหม่) รูปถ่ายสีพื้นหลัง เรียบหน้าตรงใบหน้าชัดเจนไม่ยิ้มไม่สวมหมวกหรือแว่นดำของผู้ขออนุญาตขนาด 3x4 เซนติเมตรถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน (อัดด้วยกระดาษโฟโตไม่ใช้ปริ้นท์สีจากเครื่องพิมพ์)	3	0		<input type="checkbox"/>
16	หลักฐานแสดงการชำระค่าใช้จ่ายในการตรวจประเมินสถานที่ การตรวจประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (GPP)	0	1	2,000 บาท (เฉพาะ ขย 1 ที่ตรวจปี 2563)	<input type="checkbox"/>
17	หลักฐานแสดงการชำระค่าใช้จ่ายคำขอต่ออายุใบอนุญาต	0	1	500 บาท	<input type="checkbox"/>
18	หลักฐานแสดงการชำระค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาต	0	1	ขย.1 = 2,000 บาท ขย.2 = 1,000 บาท ขย.3 = 1,000 บาท	<input type="checkbox"/>
19	อื่นๆ				<input type="checkbox"/>
20	ประสงค์รับใบอนุญาต <input type="radio"/> ที่ สสจ.อุทัยธานี <input type="radio"/> 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

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

คำขอต่ออายุใบอนุญาต

- ขยายแผนปัจจุบัน
- ขยายสัญญาแผนปัจจุบัน
- ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่  
ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
- ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์

เขียนที่ .....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า .....

(ชื่อผู้รับอนุญาต)

มีผู้ดำเนินการ ชื่อ..... (เฉพาะกรณีนิติบุคคล)

เลขที่บัตรประชาชน  ได้รับอนุญาตให้ขยายยา.....

ใบอนุญาตเลขที่..... ณ สถานที่ขยายยาชื่อ.....

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

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

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

ขอต่ออายุใบอนุญาตดังกล่าว เพื่อใช้ต่อไปในปี พ.ศ.....

ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามมาตรา ๑๔ ของพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ ซึ่งไม่เป็นบุคคลล้มละลาย และ  
ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

- (๑) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับรองว่าผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินการสุขภาพแข็งแรงและ  
ไม่เป็นโรคตามมาตรา ๑๔ (๖) แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐
- (๒) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับรองว่าผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการมีสุขภาพแข็งแรงสามารถประกอบวิชาชีพ  
ได้
- (๓) ใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแผนปัจจุบันหรือใบแทน
- (๔) เอกสารแสดงว่าผู้ดำเนินการซึ่งเป็นผู้แทนหรือผู้จัดการนิติบุคคลของนิติบุคคล (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)
- (๕) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับอนุญาต
- (๖) คำรับรองตามแบบ ข.ย. ๑๔ พร้อมเอกสารประกอบ
- (๗) ผลการตรวจประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน
- (๘) เอกสารอื่น ๆ (ถ้าจำเป็น)

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....ตัวบรรจง)


หมายเหตุ :- ใส่เครื่องหมาย  ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ



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

(Bill Payment)

เลขที่.....

 <b>บมจ.ธนาคารกรุงไทย (Bill Payment)</b> Company Code: 707534		วันที่.....
ชื่อ - สกุล.....		
Ref : 1 เลขบัตรประจำตัวประชาชน	Ref : 2 ประเภทรายได้	Ref : 3 หมายเลขโทรศัพท์
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 ค่าปรับขาดใช้ทุน
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 ริมเงินหลักประกันสัญญานำส่งเป็นรายได้แผ่นดิน
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
	120 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล	131 ชำระเงินอื่นๆ
<input type="checkbox"/> เงินสด (Cash) <input type="checkbox"/> เงินโอน (TR) <input type="checkbox"/> แยกเชิอร์เช็ก เลขที่.....	ธนาคาร (Bank)	สาขา (Branch)
จำนวนเงินเป็นตัวอักษร (Amount in letter)		จำนวนเงินเป็นตัวเลข (Amount in digit)
บาท(Bath)		
ผู้นำฝาก.....	เบอร์โทรศัพท์ .....	เจ้าหน้าที่ธนาคารประทับตรา .....




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

แบบฟอร์มการชำระเงิน

(Bill Payment)

เลขที่.....

 <b>บมจ.ธนาคารกรุงไทย (Bill Payment)</b> Company Code: 707534		วันที่.....
ชื่อ - สกุล.....		
Ref : 1 เลขบัตรประจำตัวประชาชน	Ref : 2 ประเภทรายได้	Ref : 3 หมายเลขโทรศัพท์
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 ค่าปรับขาดใช้ทุน
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 ริมเงินหลักประกันสัญญานำส่งเป็นรายได้แผ่นดิน
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
	120 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล	131 ชำระเงินอื่นๆ
<input type="checkbox"/> เงินสด (Cash) <input type="checkbox"/> เงินโอน (TR) <input type="checkbox"/> แยกเชิอร์เช็ก 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  
(เฉพาะสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ)

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 .....

(๖) ข้าพเจ้ารับทราบและจะปฏิบัติตามหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่กำหนดไว้ ตลอดระยะเวลาที่ข้าพเจ้าเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่แห่งนี้โดยเคร่งครัด

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

(๑) สำเนาทะเบียนบ้าน

(๒) สำเนาบัตรประชาชน

(๓) คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน พร้อมตราประทับในกรณีรับราชการหรือทำงาน (ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาคำหนด)

(๔) เอกสารอื่น ๆ (ถ้าจำเป็น)

ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

กรณีการขอใบอนุญาตใหม่ ให้ทำคำรับรองนี้ต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ให้คำรับรอง

(ลายมือชื่อ)..... พนักงานเจ้าหน้าที่

คำร้องการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน  
เพื่อเป็นหลักฐานประกอบคำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในการเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในร้านขายยา  
ตามกฎหมายกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน 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



.....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....

เฉพาะกรณีที่เภสัชกรไม่ได้รับราชการ หรือ ทำงานประจำ (ให้กรอกข้อความ อ่านและลงนามข้างล่างนี้)  
ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่ได้รับราชการหรือทำงาน  
ประจำที่ได้ ทั้งนี้ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้า  
พนักงาน  
.....  
(.....)  
เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ



**สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ**  
**ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สัญญาระหว่าง .....ในนามของ .....

เลขที่ .....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “ผู้รับอนุญาต” ฝ่ายหนึ่งกับ.....

( ) การบำบัดโรคสัตว์

ผู้ประกอบ ( ) โรคศิลปะ แผน.....สาขา.....

( ) วิชาชีพ.....

ชั้น.....ใบอนุญาตเลขที่.....ซึ่งต่อไปในสัญญาเรียกว่า “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. หากต้องมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทำอยู่ เพื่อให้การปฏิบัติการได้เป็นไปโดยถูกต้องตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 และกฎกระทรวงซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติยาฉบับดังกล่าว ผู้รับอนุญาตยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกประการ

7. ภาษีเงินได้ที่จะต้องเสียตามกฎหมาย ผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตกลงกันว่า.....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

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

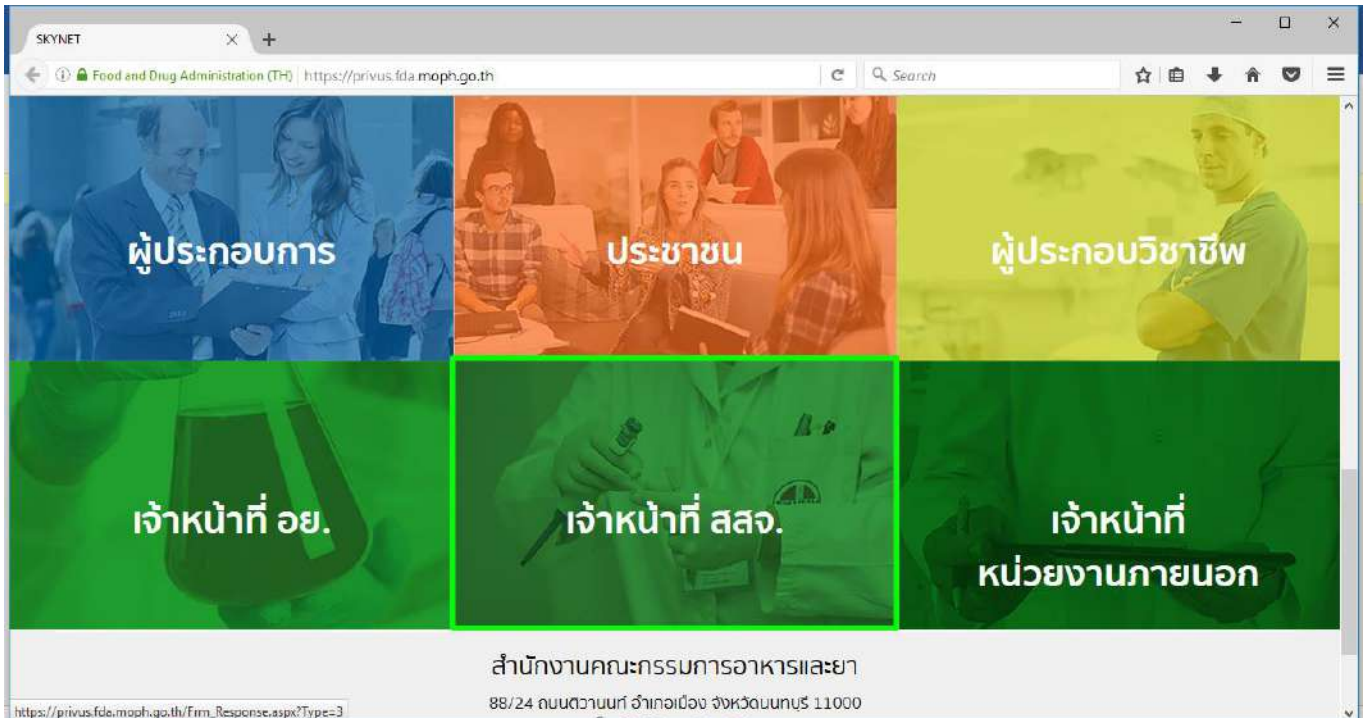
การใช้งานระบบแบบ E-submission (รอเปิดใช้งานระบบ ภายหลังการโอนย้ายข้อมูลเรียบร้อยแล้ว)

## ประวัติการแก้ไขปรับปรุงภาคผนวก 6.2

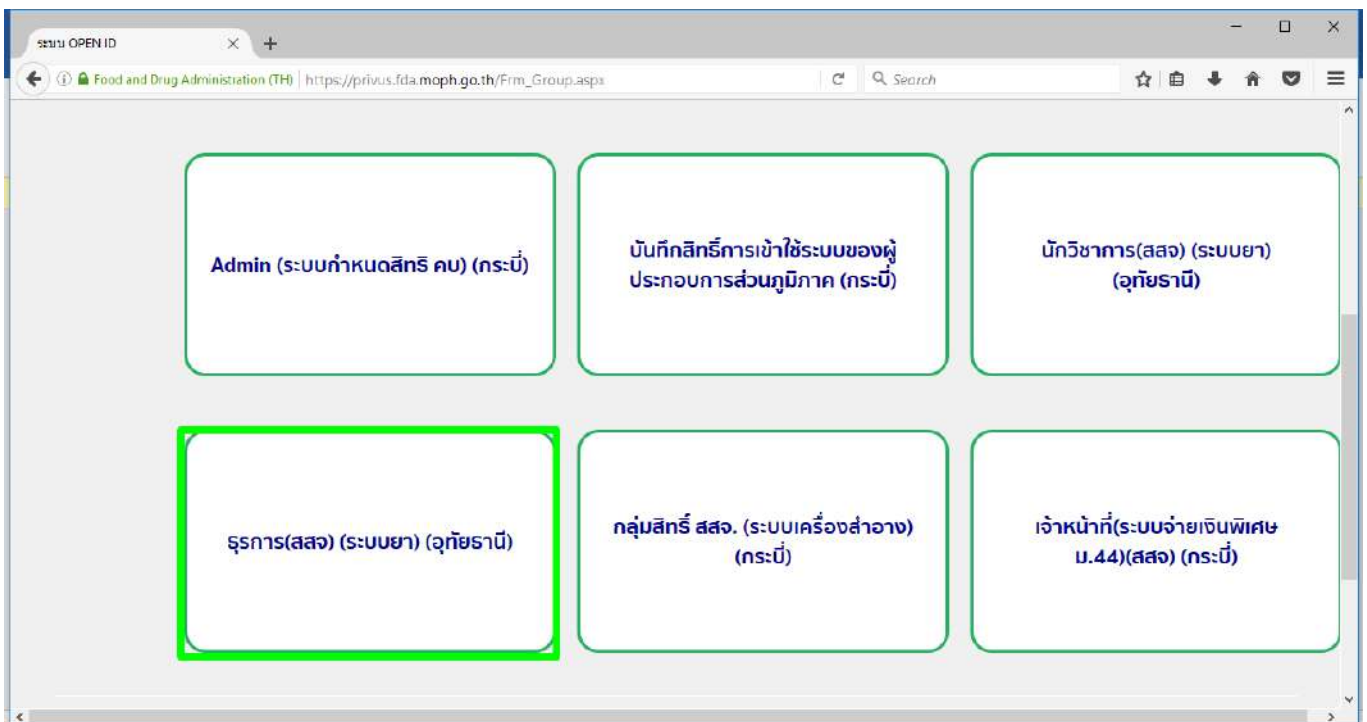
ฉบับปรับปรุงที่	วันที่	รายละเอียดโดยสรุป
06B.2-20180120	20 มกราคม 2561	จัดทำคู่มือครั้งแรก สำหรับการใช้งานแบบเจ้าหน้าที่ทำแทน ผกที่ยื่นแบบกระดาษ

## ลงทะเบียนสถานที่

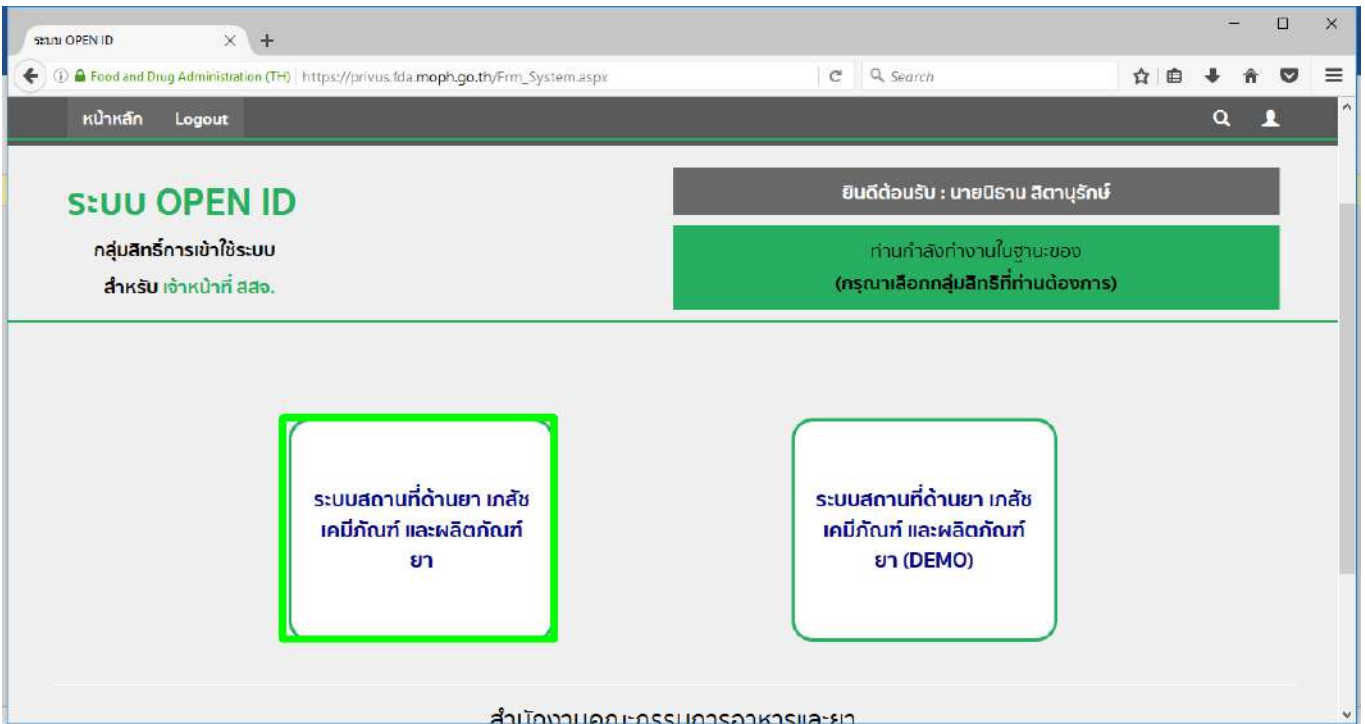
1.1 กรณีที่บริษัทนั้นๆไม่เคยมีสถานที่ตั้งมาก่อนหรือไม่เคยจดทะเบียนใบอนุญาตมาก่อนนั้น เจ้าหน้าที่จะต้องเพิ่มสถานที่ตั้งก่อนอื่นเข้าไปหน้า เจ้าหน้าที่ สสจ



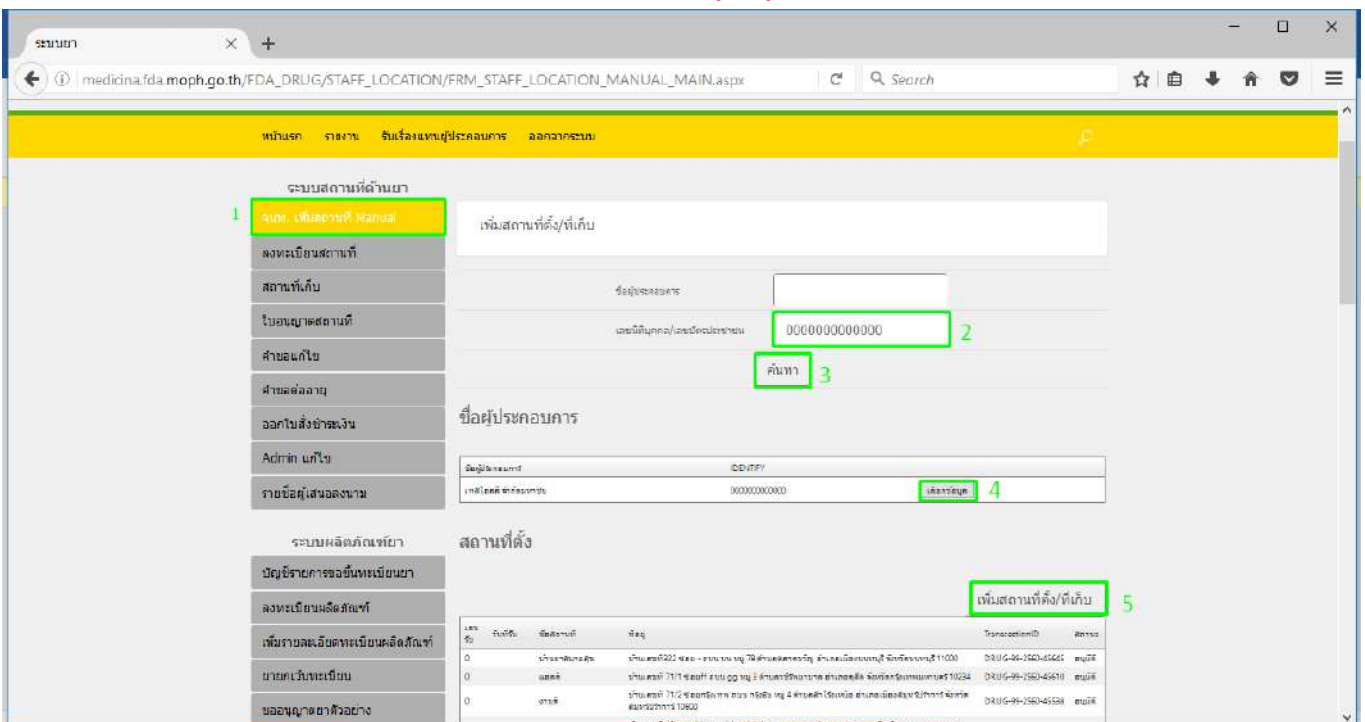
1.2 เลือกสิทธิ์ที่ตนเองมีไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่ ชุมกร หรือ นักวิชาการ



## 1.3 เข้าไปที่สิทธิ์ ระบบสถานที่ด้านยา



1.4 พอมายังหน้าดังกล่าว 1 คลิกไปที่ **จนท. เพิ่มสถานที่** จากนั้น 2 กรอกเลขนิติบุคคลหรือเลขบัตรประชาชน 3 กดค้นหา 4 หลังจากกดค้นหาแล้วมีชื่อบริษัทละชื่อสถานที่ กดดูข้อมูล 5 กดเพิ่มลงทะเบียนสถานที่ตั้ง



## 1.5 กรอกข้อมูลที่ตั้งที่ผู้ประกอบการยื่นเข้ามาให้เรียบร้อย

รายละเอียด ทะเบียนสถานที่

ประเภทสถานที่ ที่ตั้ง สถานที่เก็บ

ชื่อสถานที่

ชื่อสถานที่ (ภาษาไทย)

ชื่อสถานที่ (ภาษาอังกฤษ)

ที่ตั้งสถานที่

รหัสประจำบ้าน

เลขที่

อาคาร/ตึก

ชั้น

ห้อง

หมู่

ขอบ

## 1.6 กรอกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว กดบันทึกเพื่อที่จะส่งเรื่องให้เจ้าหน้าที่

รายละเอียด ทะเบียนสถานที่

หมู่ 5

ชอย เพ็ดชวย

ถนน มอเดอเวย์

จังหวัด กระบี่

เขต/อำเภอ เมืองกระบี่

แขวง/ตำบล กระบี่ใหม่

รหัสไปรษณีย์ 11233

โทรศัพท์ 095 567 1234

โทรศัพท์มือถือ 09 8834 5262

โทรสาร -

latitude (ค่าในมิใช่ 0) 0

longitude (ค่าในมิใช่ 0) 0

บันทึกข้อมูล



## 1.15 หลังจากบันทึกแล้วสถานะเป็นอนุมัติกรณีเจ้าหน้าที่เท่านั้น ให้ไปทำคพขอรับเรื่องแทนผู้ประกอบการ

**ชื่อผู้ประกอบการ**

ชื่อผู้ประกอบการ IDENTIFY  
 เกดโธด จักกิมหาชน 000000000000 [เลือกข้อมูล](#)

**สถานที่ตั้ง**

เลขที่รับ	วันที่รับ	ชื่อสถานที่	ที่อยู่	TransctionID	สถานะ
0		บริษัท อู๊ดออส จำกัด	บ้านเลขที่ 75/77 ซ.ที่ 3 ซอยฉิมคลา 1 ถนนผ่านราชวิถี อำเภอราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10233		อนุมัติ
0		บ้านธารนาถสุข	บ้านเลขที่ 322 ซอย - ถนน หน หมู่ 8 ตำบลฉัตรชัย อำเภอลำปางเหนือ จังหวัดลำปาง 11000	DRUG-00-2560-45645	อนุมัติ
0		แอลดี	บ้านเลขที่ 71/1 ซอย 1 ถนน หน หมู่ 3 ตำบลศรีษะเกษ อำเภอศรีษะเกษ จังหวัดสุพรรณบุรี 10234	DRUG-99-2560-45610	อนุมัติ
0		จางดี	บ้านเลขที่ 71/2 ซอยกรงทอง ถนน ทรายทอง หมู่ 4 ตำบลลำไ้โรงเหนือ อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร 10000	DRUG-99-2560-45538	อนุมัติ
0		สำนักนิตยสาร	บ้านเลขที่ 12 ซอย 111 ถนน หน หมู่ 4 ตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ 10600	DRUG-00-2560-45613	อนุมัติ
0		ดัดดัด	บ้านเลขที่ 77798 ซอย 111 ถนน หน หมู่ 3 ตำบลวังน้ำเย็น อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช 80100	DRUG-99-2560-45327	อนุมัติ
0		ทีวี่ชื่น	บ้านเลขที่ 71 ซอยทองหล่อ ถนนสุขุมวิท หมู่ 3 ตำบลคลองเตย กรุงเทพมหานคร 10000	DRUG-99-2560-45275	อนุมัติ
0		หลดสอ150	บ้านเลขที่ 90/265 อาคารวิทยุ ซ.วิภาวดี ซอย วิทยุ ถนน สีลม หมู่ - ตำบลสีลม ศาลาแดง บางรัก จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10334	DRUG-00-2560-44205	อนุมัติ
0		บริษัท เอส ออส จำกัดมหาชน	บ้านเลขที่ 00/2655 อาคาร บิโตรัส โดสสา ซ.วิภาวดี ซอย วิทยุ ถนน สีลม แขวงวิภาวดี เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10132	DRUG-00-2560-44814	อนุมัติ

## 2. ขั้นตอนการทำแทนขอใบอนุญาตแต่ละประเภท

## 2.1 หลังจากทีอนุมัติที่ตั้งแล้วให้เข้าไปที่ ปุ่มรับเรื่องแทนผู้ประกอบการ

medicina.fda.moph.go.th/FDA\_DRUG\_DEMO/MAIN\_STAFF/FRM\_PROCESS.aspx

**ระบบยา**  
 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

เจ้าหน้าที่ : นิธาน สีดานุรักษ์

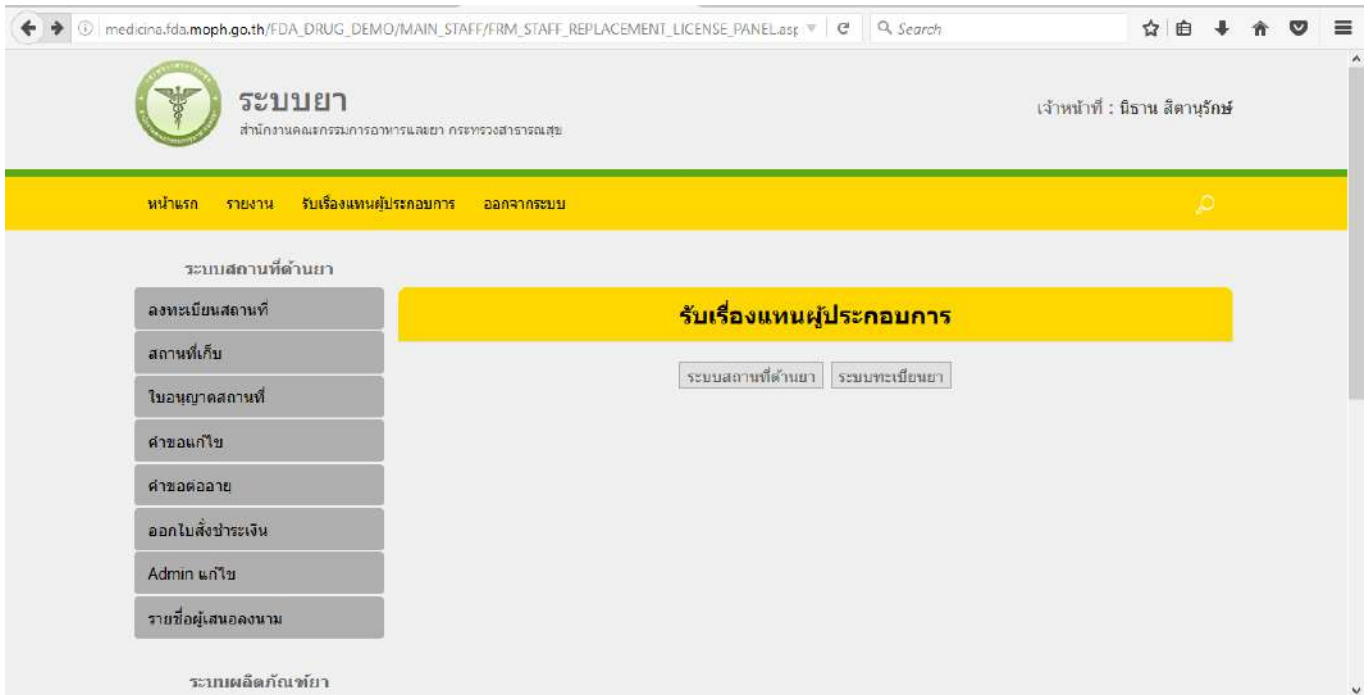
หน้าแรก รายงาน **รับเรื่องแทนผู้ประกอบการ** ออกจากระบบ

**ระบบสถานที่ด้านยา**

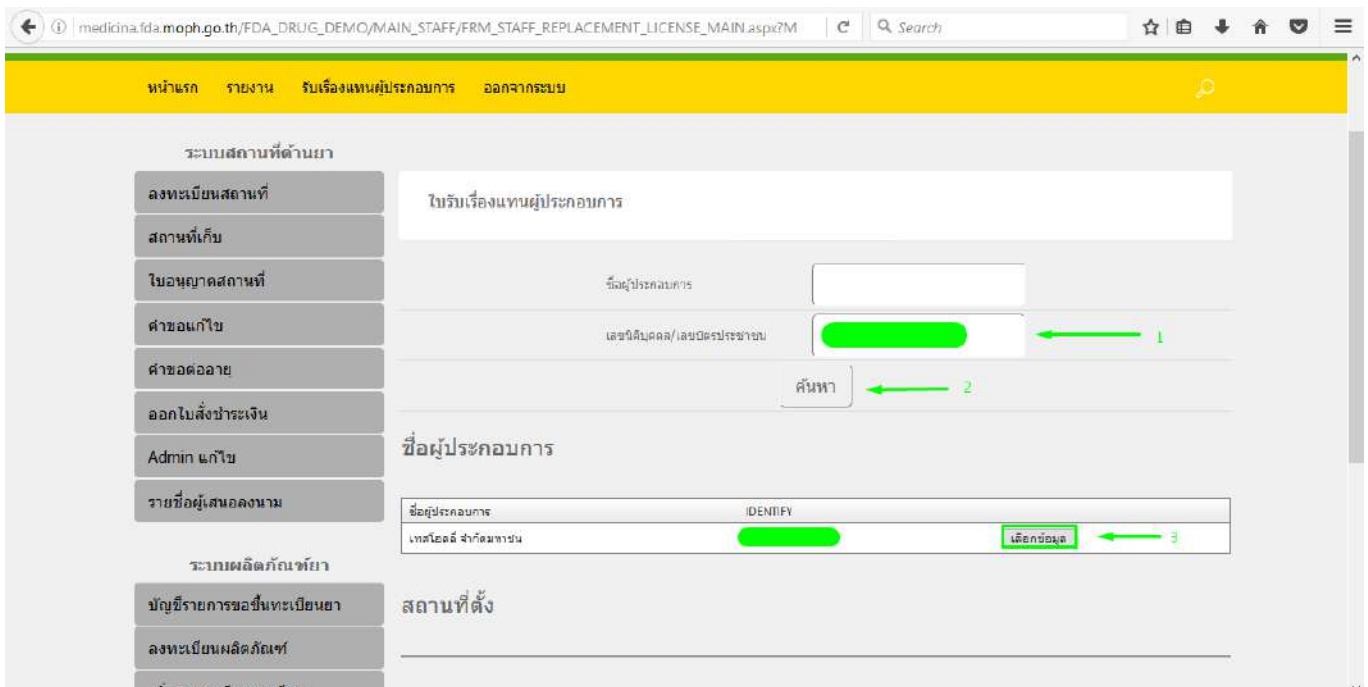
- ลงทะเบียนสถานที่
- สถานที่เก็บ
- ใบอนุญาตสถานที่
- คำขอแก้ไข
- คำขอต่ออายุ
- ออกใบสั่งชำระเงิน
- Admin แก้ไข
- รายชื่อผู้เสนอขออนุมัติ

ระบบผลิตภัณฑ์ยา

## 2.2 เลือกระบบสถานที่ด้านยา



2.3 ขั้นแรกให้กรอกเลขนิติบุคคลหรือเลขบัตรประชาชนของผู้รับอนุญาตก่อนแล้วกดค้นหา จะมีชื่อบริษัทหรือผู้รับอนุญาตขึ้นมาให้กดเลือกข้อมูล



## 2.4 เลือกสถานที่ที่เราต้องการที่ขอใบอนุญาตสถานที่ที่กดเลือกข้อมูล

ใบอนุญาตสถานที่

รายชื่อผู้ประกอบการ

ค้นหา

ชื่อผู้ประกอบการ

ชื่อผู้ประกอบการ	IDENTIFY
เทสโบลด์ จำกัด	00000000000000

เลือกข้อมูล

สถานที่ตั้ง

เลขรับ	วันที่รับ	ชื่อสถานที่	ที่อยู่	TransctionID	สถานะ
		บริษัท คู่มือสง จำกัด	บ้านเลขที่90/2333 เลขที่ 1-2,7-14 21 ไร่ ๕ ของที่ดินของ ถนนพหลโยธิน หมู่ 5 ตำบลกระทุ่มน้อย อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ 11233		อนุมัติ เลือก ข้อมูล
		พดสข ขบมบขบมบ	บ้านเลขที่1 ถนน 1 อาคาร มออีภา ถนนสุกรี หมู่3 ตำบลสุกริจังหวัด สุราษฎร์ธานี 80500		อนุมัติ เลือก ข้อมูล
		ลอง	บ้านเลขที่6516513 3213 32155 32155 ซอย51 ถนน555 หมู่215321 ตำบล บางพลี อำเภอบางพลี จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10700		อนุมัติ เลือก ข้อมูล
		พลสมบ 10-1-51	บ้านเลขที่10/221 ไร่ ๕ ซอยท่าตลาดระบบ ถนนวัดระบัน หมู่5 ตำบลดอนเมือง อำเภอคลองเมือง จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10210		อนุมัติ เลือก ข้อมูล
		นาษา	บ้านเลขที่595 5 5 595 ซอยอดดกไม้ ถนนบางจาก หมู่8 ตำบลบางคูรัด บางคูรัด จังหวัดนนทบุรี 11130		อนุมัติ เลือก ข้อมูล
		เทสเทส	บ้านเลขที่135/1538 216 2 26 ซอย2 ถนนสาธุประดิษฐ์ ตำบลบางพลี อำเภอบางพลี จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10700		อนุมัติ เลือก ข้อมูล

## 2.5 เลือกใบอนุญาตประเภทที่เราต้องการจะขอ

หน้าแรก รายงาน รับเรื่องหนังสือผู้ประกอบการ ออกจากระบบ

ระบบสถานที่ด้านยา

เลือกกรขบวนงานที่หาต้องการดำเนินการ

ขออนุญาตสถานที่ใหม่

- ขย1
- ขย3
- ขย4
- นย1
- ผย1
- ขยบ
- นยบ
- ผยบ
- ผลิตวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือ ประเภท ๔
- ขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือ ประเภท ๔
- ขายวัตถุออกฤทธิ์โดยกาขายส่งตรง
- ป่าว่าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือ ประเภท ๔
- ส่งออกวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือ ประเภท ๔
- ผลิตยาเสพติดให้โทษในประเภท ๓
- จำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๓

### 3.ประเภทใบอนุญาต ขย1

#### 3.1 ให้กรอกเลขบัตรประชาชนของผู้ดำเนินก่อน แล้วกดดาวน์โหลดคำขอ

ยา  
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

อินทนิล นภา จบก. ค้นหา ออกจากระบบ วิชาญ วิชาญ วิชาญ

ข้อมูลใบอนุญาต ขย1 คำขอใหม่

วันที่รับ : บัตรประชาชน : นายวิชาญ สุทธิธรรม วิชาญ  
ที่อยู่ : บ้านเลขที่ 90/2233 เลขที่ 1-2, 7-14 21 ไร่ ซอยเทศบาลนครเชียงใหม่ ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมืองนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 11233

ใบอนุญาต (ขย1) เลขบัตรประชาชน

ใบขอข้อมูล

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา : 86/24 ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10000 โทรศัพท์ 0-2550-7000

#### 3.2 กดปุ่มดาวน์โหลดแล้ว กดไปที่ปุ่มลูกศร คว่ำลง เลือกไฟล์ที่โหลดมากรอก

ยา  
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

อินทนิล นภา จบก. ค้นหา ออกจากระบบ วิชาญ วิชาญ วิชาญ

ข้อมูลใบอนุญาต ขย1 คำขอใหม่

วันที่รับ : บัตรประชาชน : นายวิชาญ สุทธิธรรม วิชาญ  
ที่อยู่ : บ้านเลขที่ 90/2233 เลขที่ 1-2, 7-14 21 ไร่ ซอยเทศบาลนครเชียงใหม่ ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมืองนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 11233

ใบอนุญาต (ขย1) เลขบัตรประชาชน

ใบขอข้อมูล

Download menu:  
DA-8531.pdf (475 KB)  
D\_poth\_DRUG\_PDF\_TRADER...101-2561-73823.pdf.pdf (215 KB)  
DA-20209.pdf (493 KB)

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา : 86/24 ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10000 โทรศัพท์ 0-2550-7000

3.3 กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนแล้วกดบันทึก **หมายเหตุ** กรณีที่มีผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการหลายคนหรือสถานที่เก็บหลายที่ กดปุ่มเพิ่มมีช่องมากรอกขึ้นมาถ้าไม่มีไม่ต้องกดเพิ่ม

แบบ ขบ.๓

ชื่อสถานที่ ( 1 ) : สาขาที่ 15-12-60

เลขที่ 90 333 21 สาขา/กิ่ง ทหารเวรณัดนัดเดวเจียร ควบคุม/ชื่อ เจ้าชวย

ถนน เมตตะรุณี หมู่ที่ ตำบล/แขวง เขต

อำเภอ/เขต ชุมจิกร จังหวัด กรุงเทพมหานคร ไปรษณีย์ 11233

โทรศัพท์ 095 567 1234 โทรศัพท์มือถือ -

เพิ่ม ลบ

โดยมีที่ปรึกษา พันธ์ จิต นาย สุนัย สัจ

เลขที่บัตรประชาชน 1

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาธารณสุข ก.33644

(ถ้ามีมากกว่าหนึ่งคนให้แจ้งเพิ่มเติมด้วยด้วยข้ออื่นครบ)

เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา ๙๔ พ.ร.บ.ยา ๒๕๖๑ แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๖๑

เวลาทำการ (เวลาปฏิบัติการ ของผู้บังคับบัญชา) ๐๘.๐๐ - 14.๐๐

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าในระยะเวลาของปีงบประมาณนี้ ข้าพเจ้าไม่เคยได้รับโทษจำคุกหรือคำพิพากษาถึงที่สุดที่ลบล้างสิทธิของข้าพเจ้าให้ทำงานในตำแหน่งที่  
กฎหมายบัญญัติ เพื่อผลการกระทำโดยทุจริตเป็นองค์ประกอบหรือในทางผิดตามกฎหมายว่าด้วยงานคดีโทษ กฎหมายว่าด้วยวิญญูชนคดีอาญา  
ปละหา กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขหรือพระราชบัญญัติ

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานด้วย คือ

- (๑) รูปถ่ายของผู้ถือใบอนุญาต ขนาด ๓ x ๔ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป
- (๒) เอกสารแสดงการเป็นเจ้าพนักงานและวิชาชีพ
- (๓) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ถือใบอนุญาต (กรณีบุคคลธรรมดาเป็นผู้ถือใบอนุญาต) หรือ ผู้ดำเนินการ (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ถือใบอนุญาต)
- (๔) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพการรังสีหรือผู้ถือใบอนุญาตไม่เป็นโรคตามมาตรา ๙๔ (๒) แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๖๑
- (๕) สัญญาเช่าหรือสัญญาเช่าบริการ ซึ่งรับเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ถือใบอนุญาต
- (๖) สำเนาที่อยู่ภายในใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาธารณสุขของเจ้าพนักงาน ซึ่งรับเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ถือใบอนุญาต
- (๗) เอกสารแสดงว่าเป็นผู้ดำเนินการ (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ถือใบอนุญาต)

(ภาคีชื่อ) นาย นิรันดร์ สัจญานันท์ ผู้ถือใบอนุญาต  
( นาย นิรันดร์ สัจญานันท์ ) (รับรอง )

แบบ ขบ.๓

ชื่อสถานที่ ( 1 ) : สาขาที่ 15-12-60

เลขที่ 90 333 21 สาขา/กิ่ง ทหารเวรณัดนัดเดวเจียร ควบคุม/ชื่อ เจ้าชวย

ถนน เมตตะรุณี หมู่ที่ ตำบล/แขวง เขต

อำเภอ/เขต ชุมจิกร จังหวัด กรุงเทพมหานคร ไปรษณีย์ 11233

โทรศัพท์ 095 567 1234 โทรศัพท์มือถือ -

เพิ่ม ลบ

โดยมีที่ปรึกษา พันธ์ จิต นาย สุนัย สัจ

เลขที่บัตรประชาชน 1

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาธารณสุข ก.33644

(ถ้ามีมากกว่าหนึ่งคนให้แจ้งเพิ่มเติมด้วยด้วยข้ออื่นครบ)

เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา ๙๔ พ.ร.บ.ยา ๒๕๖๑ แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๖๑

เวลาทำการ (เวลาปฏิบัติการ ของผู้บังคับบัญชา) ๐๘.๐๐ - 14.๐๐

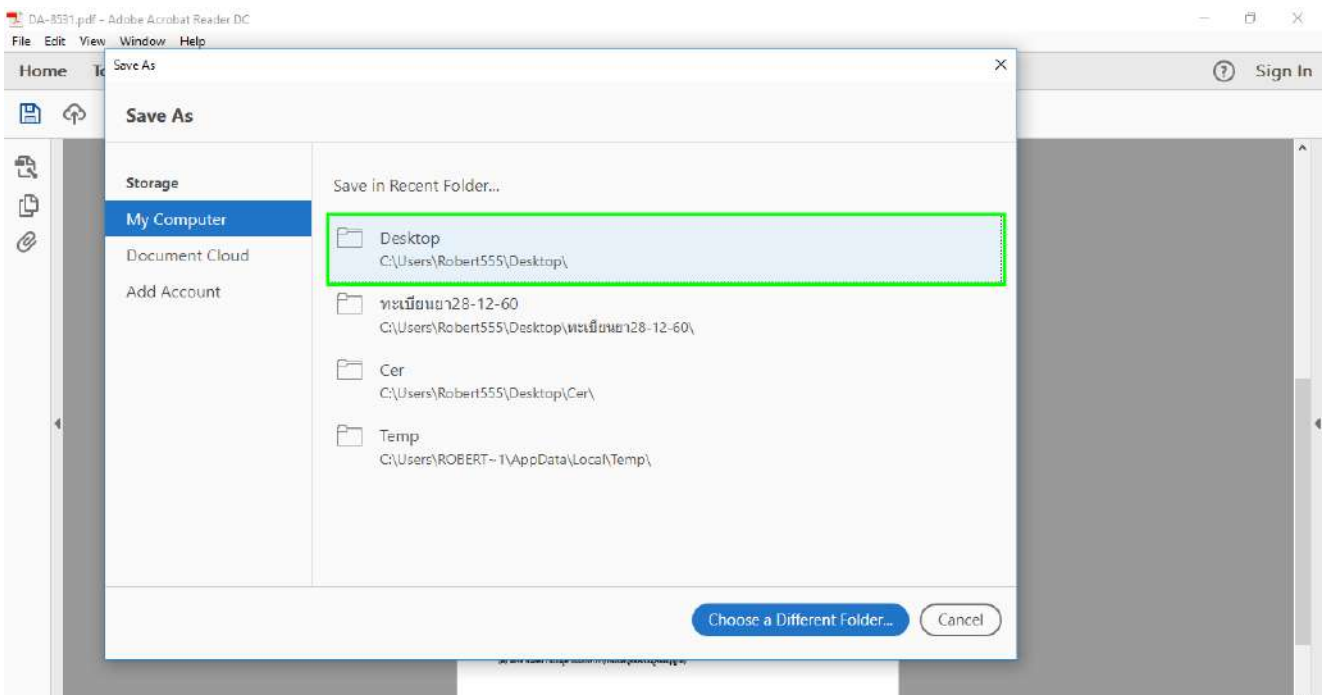
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าในระยะเวลาของปีงบประมาณนี้ ข้าพเจ้าไม่เคยได้รับโทษจำคุกหรือคำพิพากษาถึงที่สุดที่ลบล้างสิทธิของข้าพเจ้าให้ทำงานในตำแหน่งที่  
กฎหมายบัญญัติ เพื่อผลการกระทำโดยทุจริตเป็นองค์ประกอบหรือในทางผิดตามกฎหมายว่าด้วยงานคดีโทษ กฎหมายว่าด้วยวิญญูชนคดีอาญา  
ปละหา กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขหรือพระราชบัญญัติ

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานด้วย คือ

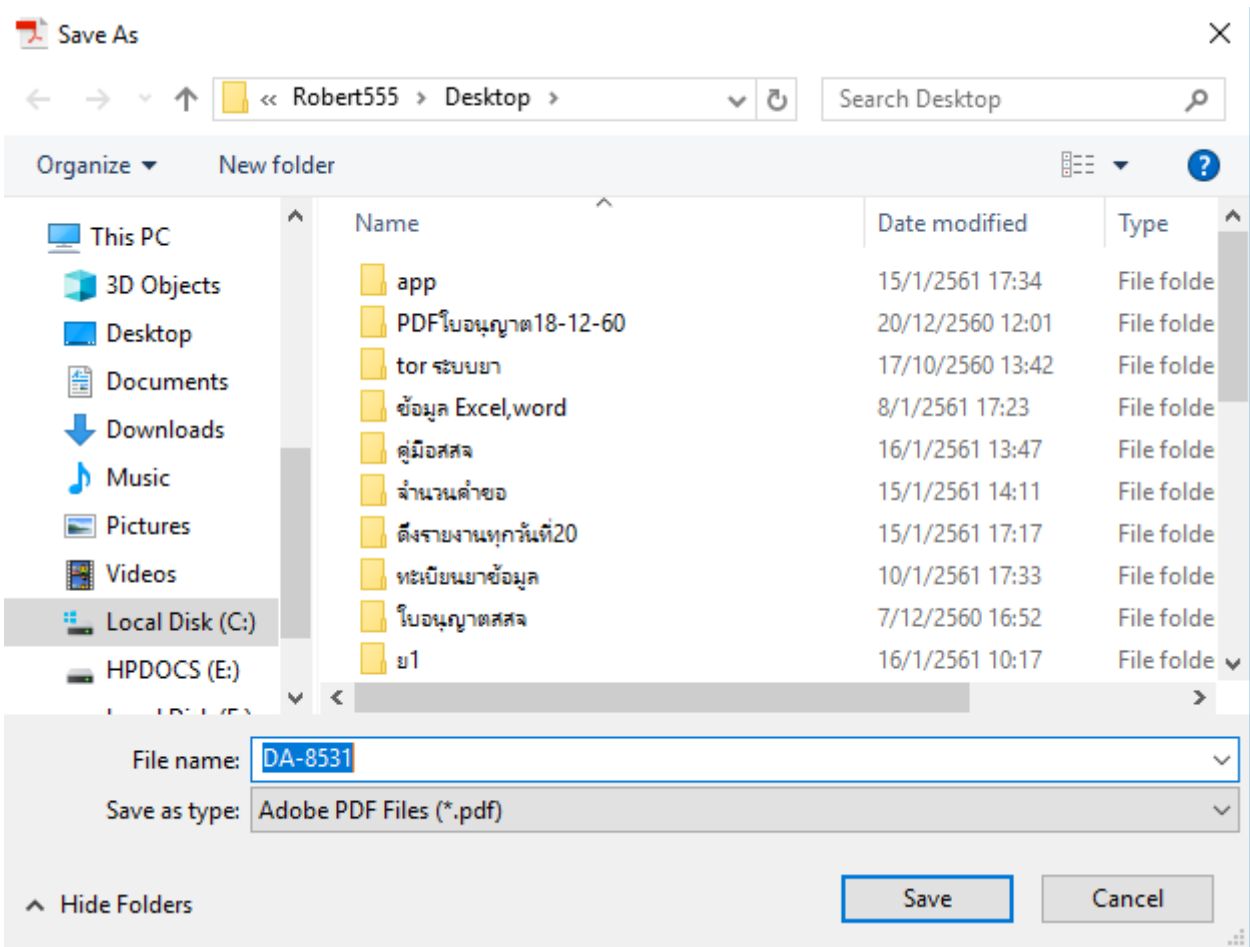
- (๑) รูปถ่ายของผู้ถือใบอนุญาต ขนาด ๓ x ๔ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป
- (๒) เอกสารแสดงการเป็นเจ้าพนักงานและวิชาชีพ
- (๓) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ถือใบอนุญาต (กรณีบุคคลธรรมดาเป็นผู้ถือใบอนุญาต) หรือ ผู้ดำเนินการ (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ถือใบอนุญาต)
- (๔) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพการรังสีหรือผู้ถือใบอนุญาตไม่เป็นโรคตามมาตรา ๙๔ (๒) แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๖๑
- (๕) สัญญาเช่าหรือสัญญาเช่าบริการ ซึ่งรับเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ถือใบอนุญาต
- (๖) สำเนาที่อยู่ภายในใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาธารณสุขของเจ้าพนักงาน ซึ่งรับเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ถือใบอนุญาต
- (๗) เอกสารแสดงว่าเป็นผู้ดำเนินการ (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ถือใบอนุญาต)

(ภาคีชื่อ) นาย นิรันดร์ สัจญานันท์ ผู้ถือใบอนุญาต  
( นาย นิรันดร์ สัจญานันท์ ) (รับรอง )

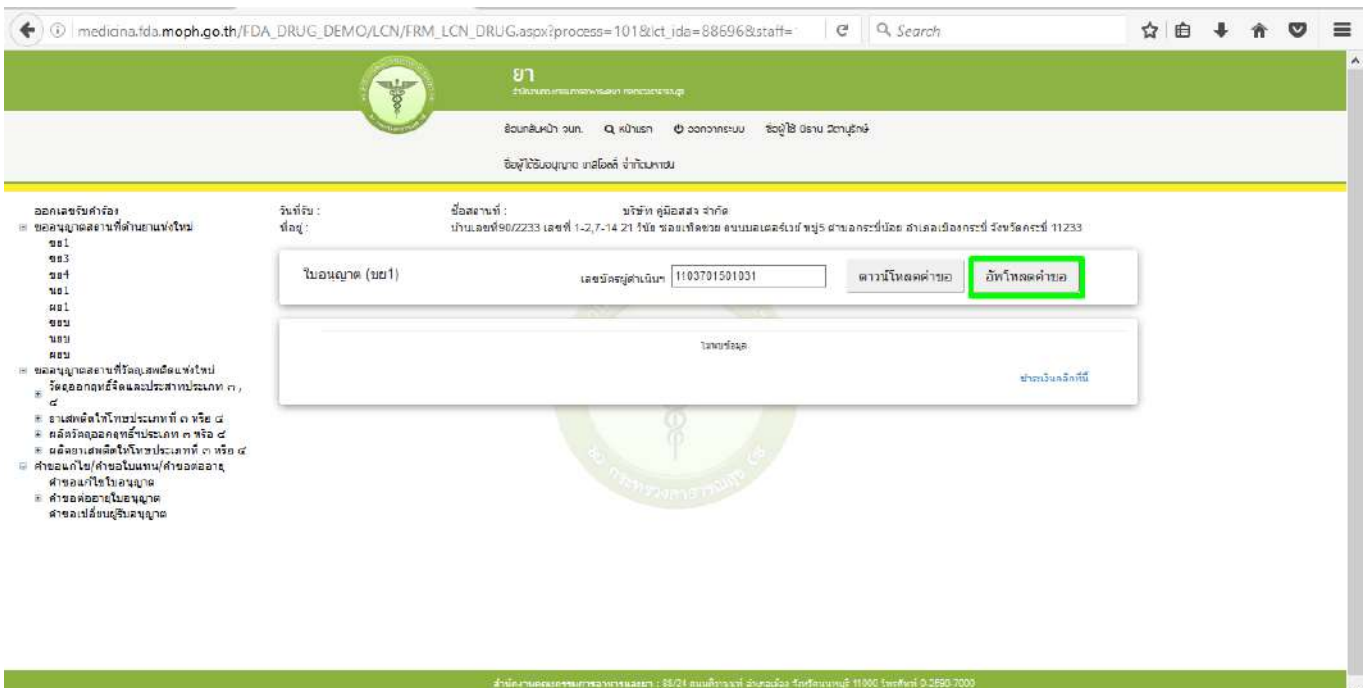
3.4.1 หลังจากกรอกข้อมูลเรียบร้อยแล้วกดบันทึกไฟล์ที่ต้องการเก็บ



## 3.4.2 สามารถเปลี่ยนชื่อไฟล์ได้ แล้วกดSAVE



## 3.5 หลังจากบันทึกเรียบร้อยแล้ว กดปุ่มอัปโหลดคำขอ





## 3.6 เรานำไฟล์ที่บันทึกไว้ใส่ไปในช่อง ใบคำขอ ส่วนไฟล์แนบบังคับ แปลงไฟล์เป็นPDFก่อน ใส่ตามหัวข้อแล้วกด อัปโหลด

## 3.7 หลังจากกดอัปโหลดแล้วถ้าอัปโหลดผ่านจะได้เลขดำเนินการ เป็นหลักฐาน ถ้าอัปไม่ผ่านให้ตรวจสอบเอกสารที่บันทึกอีกครั้งก่อนแล้วอัปโหลดใหม่





## 3.8.2 เลือกว่าเป็นขายส่งประเภทไหน ขายส่งสำเร็จรูป หรือ ขายส่งเภสัชเคมีภัณฑ์ แล้วกดบันทึก

**ประเภทขายส่ง** Close

ประเภทขายส่ง :  ขายส่งสำเร็จรูป  ขายส่งเภสัชเคมีภัณฑ์

## 3.8.3 หลังจากบันทึกแล้ว มีปุ่มดูข้อมูลเพื่อที่ เข้าไปกดส่งเรื่องให้เจ้าหน้าที่

**ยา**  
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

ค้นหาสินค้า อณู คปียชช ออกรายงาน จัดซื้อ/จัดจ้าง ปรึกษา

ชื่อผู้ใช้งาน: นายสมชาย ใจดี รหัสผ่าน: 123456

---

คลิกเลขรับส่งเรื่อง

- ขออนุญาตสถานที่ด้านยาใหม่
  - ขอ 1
  - ขอ 3
  - ขอ 4
  - ขอ 1
  - ขอ 1
  - ขอ 1
  - ขอ 1
- ขออนุญาตสถานที่ผลิตยาใหม่
  - 1. ผลิตยาชนิดเม็ดและประเภทยาชนิดอื่น
  - 2. ผลิตยาชนิดฉีด
  - 3. ผลิตยาชนิดรับประทาน
  - 4. ผลิตยาชนิดสูดดม
  - 5. ผลิตยาชนิดหยอดตา
  - 6. ผลิตยาชนิดทา
  - 7. ผลิตยาชนิดฉีดเข้าเส้นเลือดดำ
  - 8. ผลิตยาชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อ
  - 9. ผลิตยาชนิดฉีดเข้าไขสันหลัง
  - 10. ผลิตยาชนิดฉีดเข้าโพรงน้ำไขสันหลัง
  - 11. ผลิตยาชนิดฉีดเข้าโพรงน้ำไขโพรงสมอง
  - 12. ผลิตยาชนิดฉีดเข้าโพรงน้ำไขโพรงกระดูกสันหลัง
  - 13. ผลิตยาชนิดฉีดเข้าโพรงน้ำไขโพรงกระดูกสันหลัง
  - 14. ผลิตยาชนิดฉีดเข้าโพรงน้ำไขโพรงกระดูกสันหลัง
  - 15. ผลิตยาชนิดฉีดเข้าโพรงน้ำไขโพรงกระดูกสันหลัง
  - 16. ผลิตยาชนิดฉีดเข้าโพรงน้ำไขโพรงกระดูกสันหลัง
  - 17. ผลิตยาชนิดฉีดเข้าโพรงน้ำไขโพรงกระดูกสันหลัง
  - 18. ผลิตยาชนิดฉีดเข้าโพรงน้ำไขโพรงกระดูกสันหลัง
  - 19. ผลิตยาชนิดฉีดเข้าโพรงน้ำไขโพรงกระดูกสันหลัง
  - 20. ผลิตยาชนิดฉีดเข้าโพรงน้ำไขโพรงกระดูกสันหลัง

รับที่รับ : ชื่อสถานที่ : บริษัท สหพัฒน์ จำกัด  
ที่อยู่ : บ้านเลขที่ 90/2233 เลขที่ 1-2, 7-14 21 ชั้น 1 ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 11233

ใบอนุญาต (ขอ 1) เลขที่ใบอนุญาต: 1103701501931

เลขที่ใบส่งยา	สถานะ	ชื่อสถานที่	ที่อยู่	เลขสถานที่	เลขส่งเรื่อง	เลขเอกสารส่งเรื่อง
1103701501931	รอการพิจารณา	บริษัท สหพัฒน์ จำกัด	บ้านเลขที่ 90/2233 เลขที่ 1-2, 7-14 21 ชั้น 1 ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 11233	1111222223	47253	ดูข้อมูล
1103701501931	รอการพิจารณา	บริษัท สหพัฒน์ จำกัด	บ้านเลขที่ 90/2233 เลขที่ 1-2, 7-14 21 ชั้น 1 ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 11233	1111222223	47251	ดูข้อมูล <input type="button" value="ส่งเรื่อง"/>
1103701501931	รอการพิจารณา	บริษัท สหพัฒน์ จำกัด	บ้านเลขที่ 90/2233 เลขที่ 1-2, 7-14 21 ชั้น 1 ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 11233	1111222223	47249	ดูข้อมูล

สามารถคลิกที่นี่

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา : 88/24 ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 11233 โทร: 0-2552-7000

## 3.9 ตรวจสอบข้อมูลให้เรียบร้อยถ้าตรวจสอบเรียบร้อยแล้ว กด ยื่นคำขอส่งไปยังเจ้าหน้าที่

**รายละเอียด ใบอนุญาต**

เปิดจาก acrobat reader

Sign In

ยื่นคำขอ

ยกเลิก

Download PDF

กลับหน้ารายการ

## 3.10 หลังจากยื่นคำขอแล้ว สถานะเป็นส่งเรื่องรอพิจารณา

mediona.fda.moph.go.th/FDA\_DRUG\_DEMO/LCN/FRM\_LCN\_DRUG.aspx?process=101&lct\_ida=88696&staff='

ยอดคนพบ จนท. ค้นหา 0 ออกจากระบบ ระบุชื่อ บุคลากร

ชื่อผู้ได้รับอนุญาต: **เอสแอล จำกัด**

ออกเลขรับคำร้อง: 0601, 0603, 0604, 0601, 0606, 0608

วันเตรียม: ชื่อสถานที่: บริษัท เอสแอล จำกัด  
ที่อยู่: บ้านเลขที่ 90/2233 เลขที่ 1-2, 7-14 21 ซอย ซอยเจ็ดชาย ถนนบรมเดชรัตนาธิปัตย์ ตำบลกระเปาะ อำเภอมืองกระเปาะ จังหวัด  
กระเปาะ 11233

ใบอนุญาต (ขยบ1) เลขบัตรรัฐ:  คำนวณโหลดคำขอ สัฟไฟด์คำขอ

เลขที่ใบ ขยบ1/ขย	สถานะ	ชื่อสถานที่	ที่อยู่	เลขสถานที่	เลข ผ่านเกิน การ	เหตุผล การคืนคำ ขอ
	<b>ส่งเรื่อง และรอ พิจารณา</b>	บริษัท เอส แอล จำกัด	บ้านเลขที่ 90/2233 เลขที่ 1-2, 7-14 21 ซอย ซอยเจ็ดชาย ถนนบรมเดชรัตนาธิปัตย์ ตำบล กระเปาะ อำเภอมืองกระเปาะ จังหวัดกระเปาะ 11233	11111222223	47253	ดูข้อมูล
	บันทึกและ รอส่งเรื่อง	บริษัท เอส แอล จำกัด	บ้านเลขที่ 90/2233 เลขที่ 1-2, 7-14 21 ซอย ซอยเจ็ดชาย ถนนบรมเดชรัตนาธิปัตย์ ตำบล กระเปาะ อำเภอมืองกระเปาะ จังหวัดกระเปาะ 11233	11111222223	47251	ดูข้อมูล ประเภทยาเสพติด
	บันทึกและ รอส่งเรื่อง	บริษัท เอส แอล จำกัด	บ้านเลขที่ 90/2233 เลขที่ 1-2, 7-14 21 ซอย ซอยเจ็ดชาย ถนนบรมเดชรัตนาธิปัตย์ ตำบล กระเปาะ อำเภอมืองกระเปาะ จังหวัดกระเปาะ 11233	11111222223	47249	ประเภทยาเสพติด

ชำระเงินคดีกัน

4.แบบคำขอ ขย3 ใส่เลขบัตรประชาชนของผู้ยื่นแล้ว กดตามโน้ลด์และอัฟโฟลด์คำขอย้อนอ่านกลับไปข้อ3เป็นต้นไป มีที่เพิ่มเติมคือกรอกชื่อ เลือกรูปภาพเก็สซ์ได้

ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

โดยมี ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ชั้น \_\_\_\_\_

ชื่อ \_\_\_\_\_

เลขที่บัตรประชาชน \_\_\_\_\_

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมเลขที่ \_\_\_\_\_

ผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์

ผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ ชั้น \_\_\_\_\_ สาขา \_\_\_\_\_

ชื่อ \_\_\_\_\_

เลขที่บัตรประชาชน \_\_\_\_\_

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์เลขที่ \_\_\_\_\_

(สำหรับกรอกในใบสมัครที่แนบมาในแจ้งเพิ่มลงในคำขอใจแคบ)

เป็นผู้ยื่นคำขออนุญาตตามตรา ๕๓ หรือมาตรา ๕๓ แห่งพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๖๐

เวลาทำการ (เวลาปฏิบัติงาน ของผู้ยื่นคำขออนุญาต) \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าในระยะเวลาของใบยื่นคำขออนุญาตนี้ ข้าพเจ้าไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งชั่งชั่งหรือคำพิพากษาอื่นที่จำคุกในคดีที่กฎหมายบัญญัติ มีชื่อสารกษัตริย์โดยทุจริตเป็นองค์ประกอบหรือในกรณีคดีตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ กฎหมายว่าด้วยวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท กฎหมายว่าด้วยการขายหรือแพร่กระจายใบสั่งยา

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

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

(๒) เอกสารแสดงผลการเป็นข้าราชการและหลักฐานอื่น

ที่ปิดรูปถ่าย  
ผู้รับอนุญาต  
ขนาด ๓ x ๔ ซม.

เลขวันที่ \_\_\_\_\_  
วันที่ \_\_\_\_\_  
ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้รับคำขอ

**คำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน  
เฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์**

ยื่นที่ บริษัท เบลอเอสี่ จำกัดมหาชน  
วันที่ 17 ม.ค. 2018

ข้าพเจ้า บริษัท เบลอเอสี่ จำกัดมหาชน

(ชื่อผู้ขออนุญาต)

มีผู้ดำเนินการ ชื่อ นาย นิธาน สิตานันท์ (เฉพาะกรณีบุคคล)

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

อยู่เลขที่ 11 ตรอก/ซอย โกลนรวมใจ 27

ถนน \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตำบล/แขวง คอนเมือง

อำเภอ/เขต คอนเมือง จังหวัด กรุงเทพมหานคร 10210

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์มือถือ \_\_\_\_\_

E-mail be@hotmail.com

ขอรับใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์โดยมีสถานที่ขายยา

ชื่อ บริษัท คู่มือสงฆ์ จำกัด

อยู่เลขที่ 90/2233 เลขที่ 1-2,7-14 21 วินัย ตรอก/ซอย เสียดวง

ถนน มอญควีร์ หมู่ที่ 5 ตำบล/แขวง กระบี่น้อย

อำเภอ/เขต เมืองกระบี่ จังหวัด กระบี่ 81233

โทรศัพท์ 095 567 1234 โทรศัพท์มือถือ \_\_\_\_\_

ชื่อสถานที่เก็บ ( 1 ) : \_\_\_\_\_

5.แบบคำขอ ขย4 ใส่เลขบัตรประชาชนของผู้ยื่นแล้ว กดความนิโหดและอัโหดคำขอย้อนอ่านกลับไปข้อ3เป็นต้นไป  
ที่เพิ่มมามีให้เลือกลักษณะประกอบการ กดเลือก ทุกครั้งก่อนยื่น

**คำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน**

โดยมีเภสัชกรชั้น  ชื่อ

เลขที่บัตรประชาชน

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมเลขที่

(ห้ามมากกว่าหนึ่งคนไปแจ้งเพิ่มเติมคำขอเป็นครั้ง)

เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา ๔๐ (พ) แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐  
เวลาทำการ (เวลาปฏิบัติการ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าในระยะเวลาลงก่อนยื่นคำขอนี้ ข้าพเจ้าไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งฟ้องด้วยกฎหมายให้จำคุกในความผิดที่กฎหมายบัญญัติ ให้ถือเอาการกระทำโดยทุจริตเป็นองค์ประกอบหรือในความผิดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ กฎหมายว่าด้วยวัตถุออกฤทธิ์ที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท กฎหมายว่าด้วยการขายยาหรือพระราชบัญญัตินี้

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

(๑) รูปถ่ายของผู้ขออนุญาต ขนาด ๓ x ๔ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป  
(๒) เอกสารแสดงการเป็นเจ้าของกิจการและหลักทรัพย์  
(๓) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต (กรณีบุคคลธรรมดาเป็นผู้ขออนุญาต) หรือ ผู้ดำเนินการ (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)  
(๔) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับรองว่าผู้ขออนุญาตไม่เป็นโรคตามมาตรา ๓๔ (๖) แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐  
(๕) สัญญาเช่าหรือผู้ขออนุญาตและเภสัชกร ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต  
(๖) สำเนาหรือรูปถ่ายใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมของเภสัชกรทุกคน ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต  
(๗) เอกสารแสดงว่าเป็นผู้ดำเนินการ (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)

(ลายมือชื่อ) นาย นิธาน สีตานุรักษ์ ผู้ขออนุญาต  
( นาย นิธาน สีตานุรักษ์ ตัวจริง )

## 6.แบบคำขอ นย1 ใส่เลขบัตรประชาชนของผู้ยื่นแล้ว กดดาวน์โหลดและอัปโหลดคำขอย้อนอ่านกลับไปข้อ3เป็นต้น

คำขออนุญาตนำหรือส่งยาแผนปัจจุบันเข้ามาในราชอาณาจักร

เขียนที่ บริษัท เทสโอสส์ จำกัดมหาชน  
วันที่ 17 ม.ค. 2018

ข้าพเจ้า บริษัท เทสโอสส์ จำกัดมหาชน  
(ชื่อผู้ขออนุญาต)

ซึ่งมีผู้ดำเนินการ ชื่อ นาย นิธาน ลิตานุรักษ์ อายุ 24 ปี สัญชาติ ไทย  
อยู่เลขที่ 11  
ครอบครัว/ชื่อย โกล่มรวมใจ 27  
ถนน หมู่ที่ ตำบล/แขวง คอนเมือง  
อำเภอ/เขต คอนเมือง จังหวัด กรุงเทพมหานคร 102 โทรศัพท์  
ขอรับใบอนุญาตนำหรือส่งยาแผนปัจจุบันเข้ามาในราชอาณาจักร  
โดยมีสถานที่นำหรือส่งยาชื่อ บริษัท คู่มือสสจ จำกัด  
อยู่เลขที่ 90/2235 เลขที่ 1-2,7-14 21 วินัย  
ครอบครัว/ชื่อย เท็ดชวย  
ถนน มอเดอร์เวย์ หมู่ที่ 5 ตำบล/แขวง กระบี่น้อย  
อำเภอ/เขต เมืองกระบี่ จังหวัด กระบี่ 11233  
โทรศัพท์ 095 567 1234 เวลาทำการ 09.00 - 19.00  
โดยมีเภสัชกรชั้น หนึ่ง ชื่อ นางสาว ทศสิบล สงจ  
เลขที่บัตรประชาชน 1 1 1 1 1 1 1 1 1 2 2 2  
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมเลขที่ ก.33313

ลบ เพิ่ม

(ถ้ามีมากกว่าหนึ่งฉบับให้แจ้งพิมพ์ไว้ท้ายคำขอขึ้นครบ)

เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา 44 แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510

ชื่อสถานที่เก็บ ( 1 ) : สถานที่เก็บ15-12-60

อยู่เลขที่ 90 333 21 อาคารวีริช ทาวเวอร์แอดิชั่นมอเดิร์น ครอบครัว เท็ดชวย  
ถนน มอเดอร์เวย์ หมู่ที่ ตำบล/แขวง จอมพล  
อำเภอ/เขต จตุจักร จังหวัด กรุงเทพมหานคร ไปรษณีย์ 11233  
โทรศัพท์ 095 567 1234 โทรศัพท์มือถือ -

เพิ่ม ลบ

7.แบบคำขอ ขยบ นยบ ผยบ ใส่เลขบัตรประชาชนของผู้ยื่นแล้ว กดดาวน์โหลดและอัปโหลดคำขอย้อนอ่านกลับไปข้อ 3 เป็นต้นไป

ที่ใดรูปถ่าย ผู้ขอใบอนุญาต หรือ ผู้ดำเนินการ ขนาด ๓ x ๔ ซม.	เลขที่ _____ วันที่ _____ ลงชื่อ _____ ผู้รับคำขอ
คำขออนุญาต <input type="checkbox"/> ผิดยาแผนโบราณ <input checked="" type="checkbox"/> ขยายแผนโบราณ <input type="checkbox"/> นำหรือส่งยาแผนโบราณเข้ามาในราชอาณาจักร	
เขียนที่ บริษัท เทลโลยี จำกัดมหาชน วันที่ 17 ม.ค. 2018	
ข้าพเจ้า บริษัท เทลโลยี จำกัดมหาชน (ชื่อผู้ขออนุญาต)	
ซึ่งมีผู้ดำเนินการ ชื่อ นาย นิธาน สิงคานวรักษ์ อายุ 24 ปี สัญชาติ ไทย อยู่เลขที่ 11 ตรอก/ซอย โกลนรวมใจ 27 ถนน _____ หมู่ที่ _____ ตำบล/แขวง _____ ถนนเมือง อำเภอ/เขต _____ ถนนเมือง จังหวัด กรุงเทพมหานคร 10210 โทรศัพท์ _____ โทรศัพท์มือถือ _____	
ขอรับใบอนุญาต <input type="checkbox"/> ผิดยาแผนโบราณ หมวด _____ <input checked="" type="checkbox"/> ขยายแผนโบราณ <input type="checkbox"/> นำหรือส่งยาแผนโบราณเข้ามาในราชอาณาจักร	
โดยมีสถานที่ประกอบธุรกิจ ชื่อ บริษัท ศูนย์ลอส จำกัด อยู่เลขที่ 90/2233 เลขที่ 1-2,7-14 21 วนิช ตรอก/ซอย _____ เขต _____ ถนน มอเดิร์นเวย์ หมู่ที่ 5 ตำบล/แขวง กระปี่น้อย อำเภอ/เขต เมืองกระปี่ จังหวัด กระปี่ 11233 โทรศัพท์ 095 567 1234 เวลาทำการ 09.00 - 16.00	
โดยมีผู้ประกอบการโรคพิษแผนโบราณ สาขา _____ การแพทย์ ชื่อ นาย _____ อำเภอ ลอส ใบอนุญาตประกอบโรคพิษเลขที่ ก.2221 _____ เพิ่ม _____ ลบ _____ (ดำเนินการที่หน้าร้านในชั้นคลินิกใช้เพียงคำขอขึ้นครอง)	
เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติตามมาตรา <input type="checkbox"/> มาตรา ๖๘ <input type="checkbox"/> มาตรา ๖๙ <input checked="" type="checkbox"/> มาตรา ๗๐ แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๓๐	

## 8. ฟังเจ้าหน้าที่รับเรื่อง สสจ

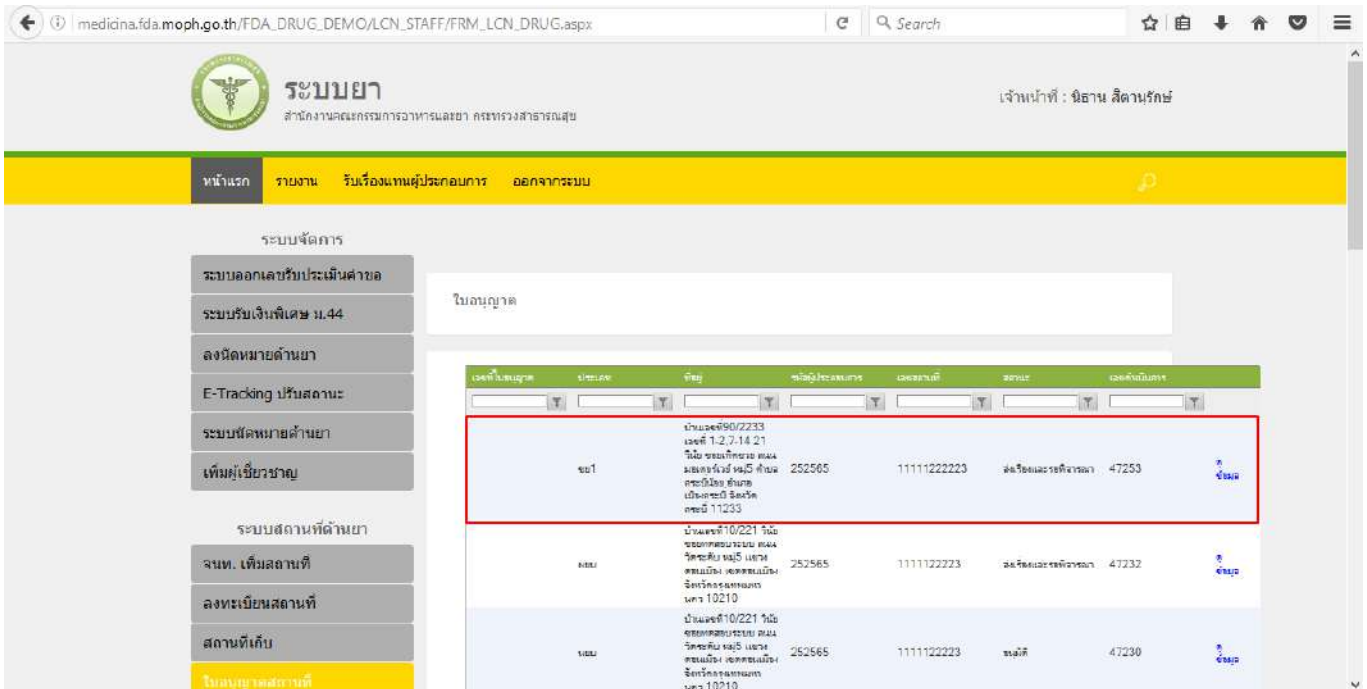
8.1 หลังที่ยื่นคำขอใบอนุญาตไปแล้ว กดไปที่ปุ่ม **ย้อนกลับหน้าเจ้าหน้าที่** ครับ

The screenshot shows the 'ยา' (Drug) section of the Thai Drug Regulatory System. The main navigation bar includes 'ย้อนกลับหน้าเจ้าหน้าที่' (Return to Staff Page), 'หน้าแรก' (Home), 'ออกจากระบบ' (Logout), and 'ข้อมูลใช้ บริการ สิทธิบัตร' (Service Information). Below the navigation bar, there is a search bar and a list of menu items. The 'ใบอนุญาต' (License) section is expanded, showing a table of licenses. The table has columns for 'เลขที่ใบอนุญาต' (License Number), 'สถานะ' (Status), 'ชื่อสถานที่' (Location Name), 'ที่อยู่' (Address), 'เลขสถานที่' (Location Number), 'เลขดำเนินการ' (Operation Number), and 'ผลการดำเนินการ' (Operation Result). The table contains three rows of data, each representing a different license application.

8.2 หลังจากกดย้อนกลับมาจนทแล้ว มาหน้าฟังเจ้าหน้าที่ให้กดเลือกหัวข้อ **ใบอนุญาตสถานที่**

The screenshot shows the 'ยา' (Drug) section of the Thai Drug Regulatory System. The main navigation bar includes 'ย้อนกลับหน้าเจ้าหน้าที่' (Return to Staff Page), 'หน้าแรก' (Home), 'ออกจากระบบ' (Logout), and 'ข้อมูลใช้ บริการ สิทธิบัตร' (Service Information). Below the navigation bar, there is a search bar and a list of menu items. The 'ใบอนุญาต' (License) section is expanded, showing a table of licenses. The table has columns for 'เลขที่ใบอนุญาต' (License Number), 'สถานะ' (Status), 'ชื่อสถานที่' (Location Name), 'ที่อยู่' (Address), 'เลขสถานที่' (Location Number), 'เลขดำเนินการ' (Operation Number), and 'ผลการดำเนินการ' (Operation Result). The table contains three rows of data, each representing a different license application.

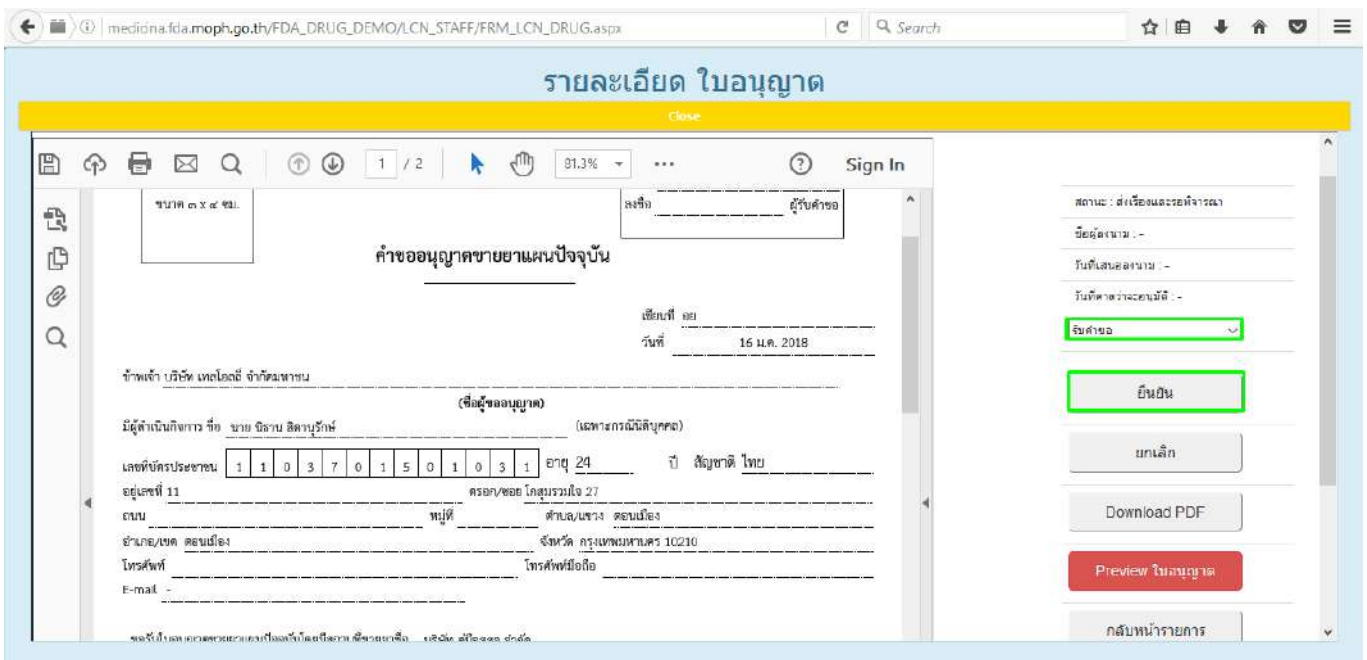
### 8.3 แล้วเลือกรายการใบอนุญาต เพื่อรับคำขอให้กดไปที่ **ดูข้อมูล** ในรายการนั้นๆ



The screenshot shows the 'ระบบยา' (Medication System) interface. On the left, there are navigation menus for 'หน้าแรก' (Home), 'รายงาน' (Reports), 'รับเรื่องแทนผู้ประกอบการ' (Accept on behalf of the operator), and 'ออกจากระบบ' (Logout). The main area displays a table of licenses with columns for 'เลขที่ใบอนุญาต' (License No.), 'ประเภท' (Type), 'บัญชีเลขทะเบียน' (Registration No.), 'เลขสถานะ' (Status No.), 'สถานะ' (Status), and 'เลขดำเนินการ' (Operation No.). The first row is highlighted with a red box, and the 'ดูข้อมูล' (View Details) button is visible next to it.

เลขที่ใบอนุญาต	ประเภท	บัญชีเลขทะเบียน	เลขสถานะ	สถานะ	เลขดำเนินการ	
ขย1	บ้านเลขที่ 90/2233 เลขที่ 1-2,7-14 21 ไม่มี ขณะนี้ขอสงวนสิทธิ์ในกรณีพิเศษ	252565	1111122223	สงวนและรอพิจารณา	47253	ดูข้อมูล
ขยบ	บ้านเลขที่ 10/221 หรือ ซอยกุดหวายระบม ซอย 44 ซอยบึงใหญ่ 5 แขวง ซอยบึงใหญ่ ซอยบึงใหญ่ ซอยวัดทองท่าพระ นคร 10210	252565	1111122223	สงวนและรอพิจารณา	47232	ดูข้อมูล
ขยบ	บ้านเลขที่ 10/221 หรือ ซอยกุดหวายระบม ซอย 44 ซอยบึงใหญ่ 5 แขวง ซอยบึงใหญ่ ซอยวัดทองท่าพระ นคร 10210	252565	1111122223	สงวน	47230	ดูข้อมูล

### 8.4 หลังจากที่ได้กดข้อมูลตามรายการนั้นๆ มีไฟล์คำขอพร้อมข้อมูลที่ยื่นมา ให้ทำการตรวจทานข้อมูลให้ถูกต้อง **กดรับคำขอ** แล้วกดยืนยัน



The screenshot shows the 'รายละเอียด ใบอนุญาต' (License Details) form. The form contains personal information of the applicant, including name, ID number, and address. The 'รับคำขอ' (Accept Request) button is highlighted in green.

คำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

เขียนที่ **ขย**  
วันที่ **15 เม.ย. 2018**

ข้าพเจ้า **เบญจมาศ น้อยคำ** (ชื่อผู้ขออนุญาต)

มีผู้ดำเนินการชื่อ **นาย อธิชา สิตานนท์** (เฉพาะกรณีบุคคล)

เลขบัตรประชาชน **1 1 0 3 7 0 1 5 0 1 0 3 1** อายุ **29** ปี สัญชาติ **ไทย**

อยู่เลขที่ **11** ซอยกุดหวายระบม ซอย 44 ซอยบึงใหญ่ 5 แขวง ซอยบึงใหญ่ ซอยวัดทองท่าพระ นคร 10210

ถนน **บึงใหญ่** หมู่ที่ **5** ตำบล/แขวง **ดอนเมือง**

อำเภอ/เขต **ดอนเมือง** จังหวัด **กรุงเทพมหานคร 10210**

โทรศัพท์ **08-1234-5678** โทรศัพท์มือถือ **09-1234-5678**

E-mail **example@gmail.com**

กดรับคำขอ

Sign In

สถานะ : สงวนและรอพิจารณา

ชื่อผู้ดำเนินการ **-**

วันที่เสนอขออนุญาต **-**

วันที่คาดว่าจะอนุมัติ **-**

**รับคำขอ**

**ยืนยัน**

ยกเลิก

Download PDF

Preview ใบอนุญาต

กลับไปรายการ



8.5 หลังจากกดรับคำขอไปแล้ว ณ ช่วงนี้เลขรับยังไม่ต้องกรอกครบ 2 ช่องแรก เน้นไป ใส่เลขบัตรประชาชนของผู้รับคำขอ  
แล้วก็รูปแบบเอกสาร รูปแบบเอกสารมี 2 แบบ คือแบบปกติ กับ แบบที่ 1

แบบปกติ: แบบฟอร์มใบอนุญาตช่องไฟขนาดเท่าเดิมพร้อมดั้งเดิม

แบบที่ 1: แบบฟอร์มนี้จะไว้ใช้กรณี ที่อยู่บ้านเลขที่ยาว ชื่อยาว มากกว่าปกติ ให้เลือกแบบที่ 1 แทน

หลังจากที่เลือกรูปแบบเอกสารใบอนุญาตแล้วกดบันทึก สถานะเป็น **รับคำขอ**

8.6 สถานะเป็นรับคำขอให้กดดูข้อมูลอีกครั้งเพื่อที่ไปส่งเรื่องรอพิจารณา

เลขที่ใบอนุญาต	ประเภท	บัญชี	ชื่อผู้ประกอบกิจการ	เลขฐานที่	สถานะ	เลขที่ใบแจ้ง		
ขบ1	บ้านเลขที่ 50/2233 เลขที่ 1-2-7-14 21	ไม่มีชื่อ ยาน เหม	บ้านเลขที่ 50/2233 เลขที่ 1-2-7-14 21	252565	11111222223	รับคำขอ	47253	ดูข้อมูล
ขบ1	บ้านเลขที่ 50/2233 เลขที่ 1-2-7-14 21	ไม่มีชื่อ ยาน เหม	บ้านเลขที่ 50/2233 เลขที่ 1-2-7-14 21	252565	11111222223	รับคำขอ	47251	ดูข้อมูล
ขบ1	บ้านเลขที่ 50 เลขที่ 1-2-7-14 22222 11111111111111111111	สนน หมู่ ตำบลเขาหิน	บ้านเลขที่ 50 เลขที่ 1-2-7-14 22222 11111111111111111111	252565	1112222334	รับคำขอ	45748	ดูข้อมูล
ขบ 3/2560	บ้านเลขที่ 50 เลขที่ 1-2-7-14 22222 11111111111111111111	สนน หมู่ ตำบลเขาหิน	บ้านเลขที่ 50 เลขที่ 1-2-7-14 22222 11111111111111111111	252565	1112222334	ขบคส	45732	ดูข้อมูล

8.7 หลังจากกดดูข้อมูลมาแล้ว ครั้งที่2ขั้นตอนนี้ ตรวจสอบเอกสารอีกครั้งเพื่อ ยืนยันส่งไปเสนอลงนาม ถ้าข้อมูลเอกสารถูกต้อง ยืนยัน

รายละเอียด ใบอนุญาต

เปิดจาก acrobator reader

Sign In

สถานะ : รับคำขอ

ชื่อผู้ลงนาม :-

วันที่เสนอขานาม :-

วันที่คาดว่าจะอนุมัติ :-

เสนอลงนาม

ยืนยัน

ยกเลิก

Download PDF

Preview ใบอนุญาต

ล่องทะเบียนผลิตภัณฑ์

หมายเลข 11223

8.8 ให้เลือกลงชื่อผู้ลงนาม ถ้าไม่มี ต้องไปเพิ่มผู้ลงนามก่อนครับ จากข้อ8.8.1หลังจากบันทึกแล้วเลือกผู้เสนอขานามที่ต้องการ เลือกวันที่ให้เรียบร้อยแล้วกดบันทึก

รายละเอียด ใบอนุญาต

เสนอขานาม

หมายเลข

ชื่อผู้ลงนาม

นางสาวสมจิณต์ วัชร

วันที่เสนอขานาม

17/1/2561

วันที่คาดว่าจะอนุมัติ

17/1/2561

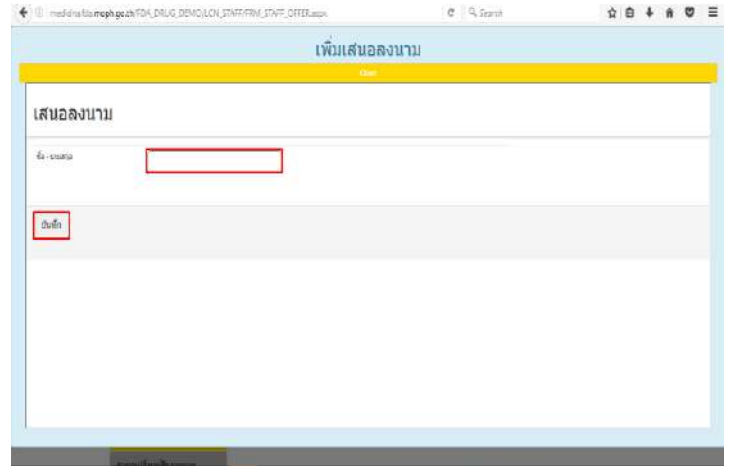
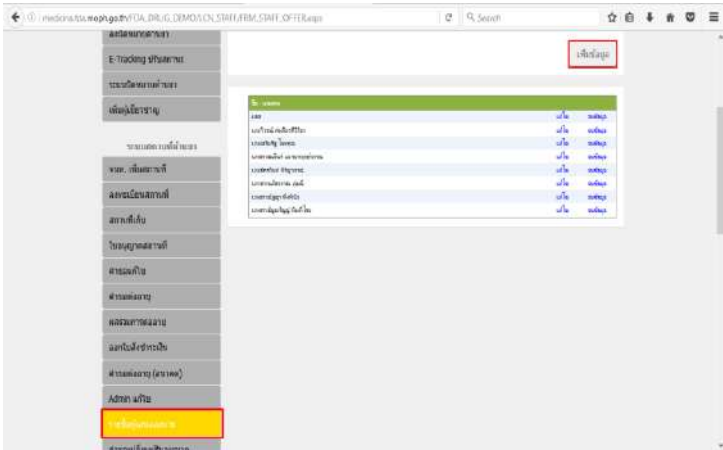
บันทึก

ยกเลิก

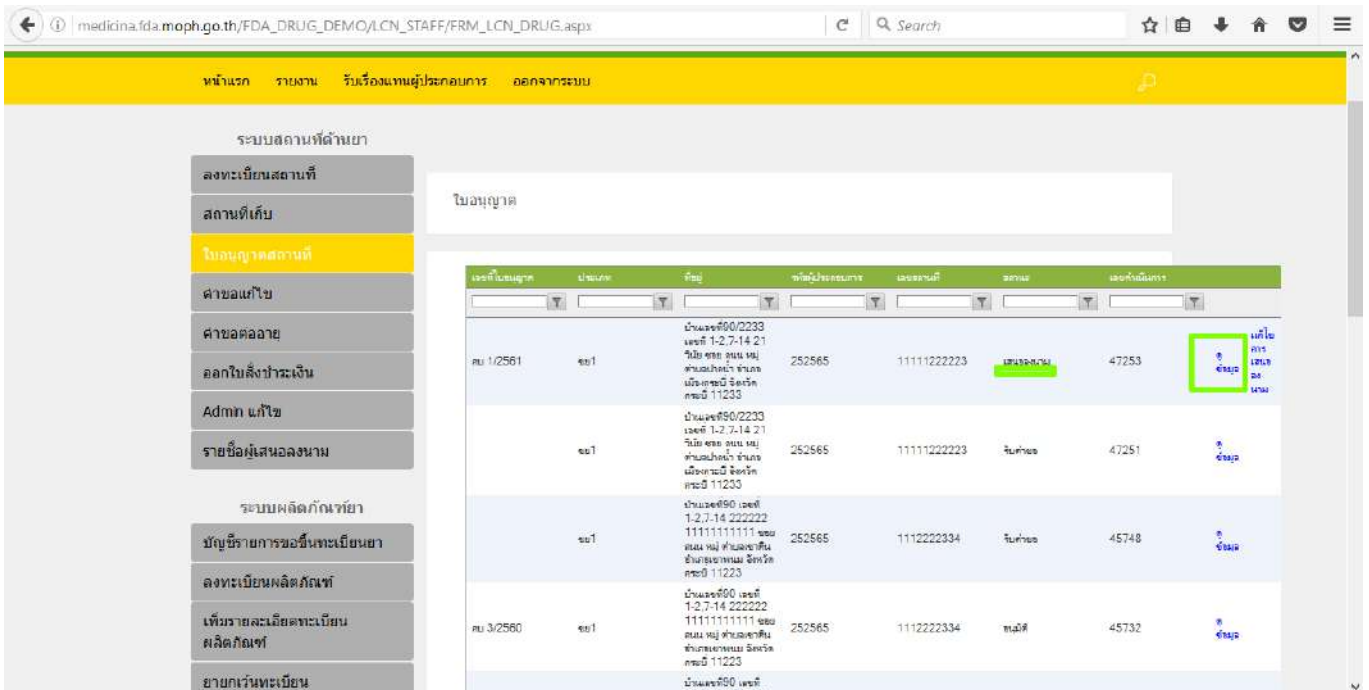
ล่องทะเบียนผลิตภัณฑ์

หมายเลข 11223

8.8.1 ให้เข้าไปเลือกเมนูเพื่งผู้เสนอลงนาม กดไปที่ปุ่มเพิ่มข้อมูล กรอกชื่อ ลงไปแล้วกดบันทึก ในกรณีที่ไม่มีอยู่ในถังข้อมูล



8.9 หลังจากทีกดบันทึกลงชื่อผู้เสนอลงนามจะ กลับมาที่หน้ารายการ สถานะเปลี่ยนเป็น เสนอลงนามให้กด ดูข้อมูลอีกรอบ เพื่อตรวจสอบ ใบบัญญาต ก่อนที่จะอนุมัติ



8.10 หลังจากที่ได้กดดูข้อมูลแล้ว ก่อนอนุมัติให้ตรวจสอบข้อมูลรายการคำขอให้ถูกต้องก่อน หลังจากนั้นให้กดใน PREVIEW ใบอนุญาต เพื่อที่เข้าไปดูแบบฟอร์มใบอนุญาต ก่อนจะอนุมัติ

รายละเอียด ใบอนุญาต

Close

แบบ ขย.๑๒

ชื่อผู้ลงนาม : นางสาวสมจิณต์ วรรณเอกษ์ 1๙5๘

วันที่ใบลงนาม : 17/1/2561

วันที่คาดว่าจะอนุมัติ : 17/1/2561

อนุมัติ

เลขอ้างอิง : \_\_\_\_\_

ยืนยัน

ยกเลิก

Download PDF

Preview ใบอนุญาต

กลับหน้ารายการ

ลงทะเบียนผลิตภัณฑ์

หน้า 11223

8.11 หลังจากกดPREVIEWใบอนุญาตแล้วจากนั้น ปริ้นPDFข้อมูลตัวนี้ส่งไปให้ทางหัวหน้างานหรืออื่นๆที่ต้องตรวจสอบ ก่อนกดยืนยันเพื่ออนุมัติใบอนุญาต

รายละเอียด ใบอนุญาต

Close

เปิดจาก acrobat reader

Sign In

สถานะ : เลขลงนาม

ชื่อผู้ลงนาม : นางสาวสมจิณต์ วรรณเอกษ์ 1๙5๘

วันที่ใบลงนาม : 17/1/2561

วันที่คาดว่าจะอนุมัติ : 17/1/2561

อนุมัติ

เลขอ้างอิง : \_\_\_\_\_

ยืนยัน

ยกเลิก

Download PDF

ใบอนุญาตที่ กย 1/2561

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

บริษัท เทสโกลี จำกัดมหาชน

โคะมี นาย นิธาน สีตานวิรัช

เลขที่บัตรประชาชน 1103701501031 เป็นผู้ดำเนินการ เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับอนุญาต

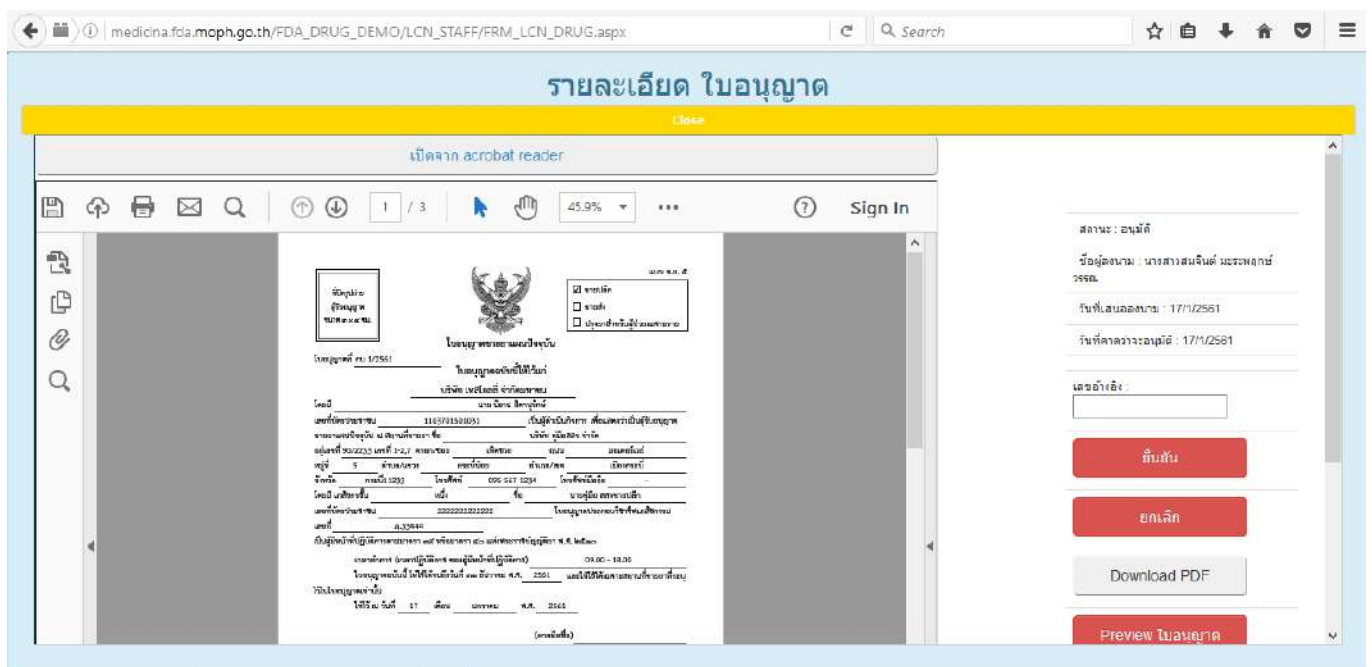
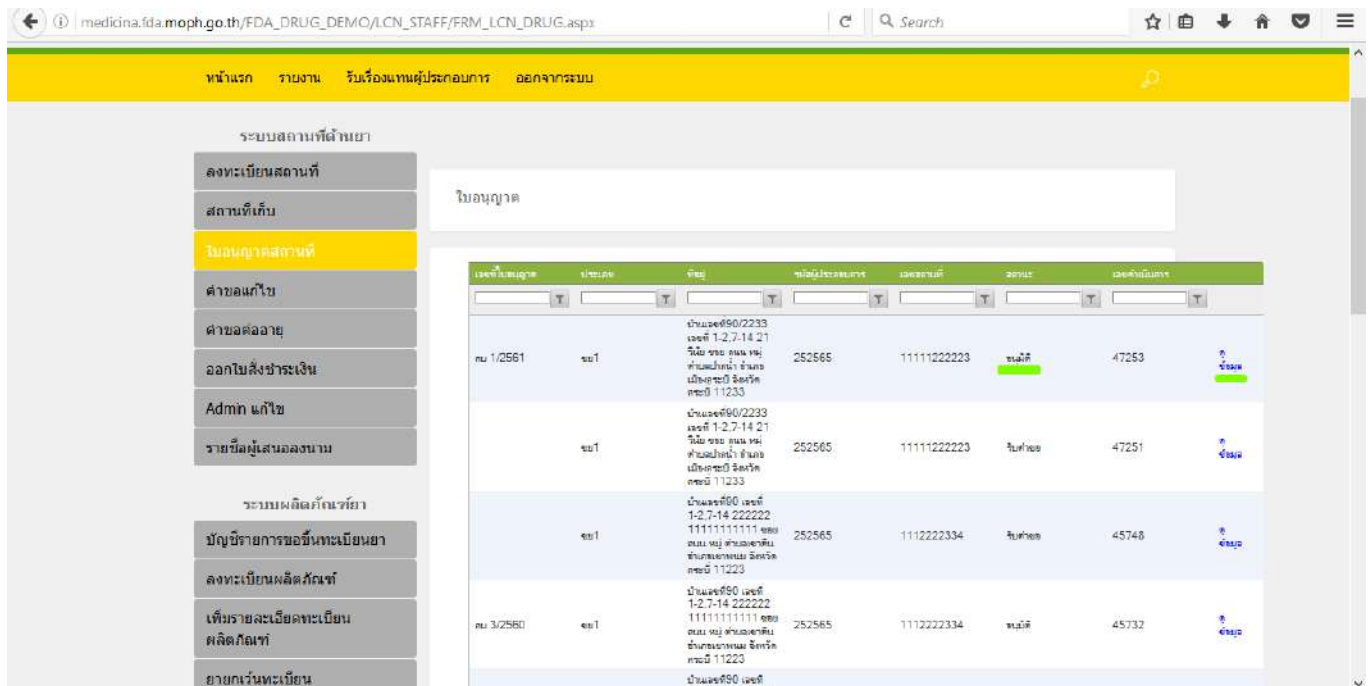
ขายยาแผนปัจจุบัน ณ สถานที่ขายยา ชื่อ บริษัท คู่มือสสจ จำกัด

อยู่เลขที่ 90/2233 เลขที่ 1-2,7 ตรอก/ซอย เขตชวย ถนน มอเตอร์เวย์

หมู่ที่ 5 ตำบล/แขวง กระบี่น้อย อำเภอ/เขต เมืองกระบี่

จังหวัด กระบี่ 11233 โทรศัพท์ 095 567 1234 โทรศัพท์มือถือ -

8.12 หลังจากที่เกิดยืนยันไปแล้วรายการนั้นสถานะเปลี่ยนเป็นอนุมัติใบอนุญาต กดดูข้อมูลอีกครั้งเพื่อที่ออกใบอนุญาตข้อมูลที่สมบูรณ์ออกให้ผู้ประกอบการ



## 9. ออกใบสั่งชำระ

9.1 หลังจากที่ยื่นใบอนุญาตออกมาแล้วต้องการที่ออกใบสั่งให้ เข้าไปในเมนูรับเรื่องแทนผู้ประการ เลือกหัวข้อ เลือก บริษัทที่ต้องการและใบอนุญาตที่ต้องการ กดเลือกที่ปุ่มชำระเงินที่นี้

ออกเลขรับคำร้อง  
 ขออนุญาตสถานที่ค้าขายแห่งใหม่  
 ขย1  
 ขย3  
 ขย4  
 ขย1  
 ขยม  
 ขยบ  
 ขยม  
 ขยบ

วันที่ยื่น : ชื่อสถานที่ : บริษัท คู่มือสสจ จำกัด  
 ที่อยู่ : บ้านเลขที่ 90/2233 เลขที่ 1,2,7-14 21 ริม ซอยเทิดทูนฯ ถนนเมธวดีซอย หมู่ 5 ตำบลกระษัตรี อำเภอดำรงวิทยะ จังหวัด นครศรี 11233

ใบอนุญาต (ขย1) เลขบัตรคู่ สำเนา [ ] ตวงมีใบลดค่าขอ อีพีโหลดค่าขอ

เลขที่ใบ อนุญาต	สถานะ	ชื่อสถานที่	ที่อยู่	เลขสถานที่	เลข สำเนา	เลขคส การยื่นค่า ขอ	
อนมดี	บริษัท คู่มือสสจ จำกัด	บ้านเลขที่ 90/2233 เลขที่ 1-2,7-14 21 ริม ซอยเทิดทูนฯ ถนนเมธวดีซอย หมู่ 5 ตำบล กระษัตรี อำเภอดำรงวิทยะ จังหวัด นครศรี 11233	1111222223	47253		ดูข้อมูล	
รับคำขอ	บริษัท คู่มือสสจ จำกัด	บ้านเลขที่ 90/2233 เลขที่ 1-2,7-14 21 ริม ซอยเทิดทูนฯ ถนนเมธวดีซอย หมู่ 5 ตำบล กระษัตรี อำเภอดำรงวิทยะ จังหวัด นครศรี 11233	1111222223	47251		ดูข้อมูล	ประเภทขายส่ง
บันทึกและ รงส่งเรื่อง	บริษัท คู่มือสสจ จำกัด	บ้านเลขที่ 90/2233 เลขที่ 1-2,7-14 21 ริม ซอยเทิดทูนฯ ถนนเมธวดีซอย หมู่ 5 ตำบล กระษัตรี อำเภอดำรงวิทยะ จังหวัด นครศรี 11233	1111222223	47249			ประเภทขายส่ง

ชำระเงินค้ำประกัน

9.2 หลังจากที่ยกทรายการชำระเงินที่นี้แล้ว เลือกทรายการที่ออกใบสั่ง ตักเลือกทรายการ แล้วกดปุ่มออกใบสั่งชำระเพื่อที่ให้ ผู้ประกอบการชำระเงิน **หมายเหตุ:ชำระผ่านทางธนาคารเท่านั้นไม่สามารถจ่ายที่ สสจ ได้ครับ**

รายการใบสั่งชำระ

บริษัท เทลโลลีส จำกัดมหาชน  
 บ้านเลขที่ กลางอ่าวไทย อาคาร ใบใหม่ ชั้น 180 ห้อง 2236515 หมู่ ซอย แสนหนึ่งหมื่นห้าพันสองร้อย ถนน ล้าน ตำบล คลองตันไทร อำเภอ ๕

น.44

รายการ วันที่รับ เลขที่รับค่าขอ จำนวนเงิน

No records to display.

รายการ	วันที่รับ	เลขที่รับค่าขอ	จำนวนเงิน
ประเภทใบอนุญาต			
ชรายาแผนปัจจุบัน	5/1/2560	1/60	2000.00
ชรายาแผนปัจจุบันเฉพาะขายตรงเสีงสำหรับสิือร์	5/1/2560	1/60	1000.00
นำหรือสั่งยาแผนปัจจุบันเข้ามาในราชอาณาจักร	5/1/2560	1/60	10000.00
ขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือ ประเภท ๔	11/1/2560	1/60	500.00
ใบอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์โดยการขายส่ง	11/1/2560	1/60	100.00
นำหรือสั่งยาแผนปัจจุบันเข้ามาในราชอาณาจักร	17/1/2560	2/60	10000.00
ชรายาแผนปัจจุบัน	23/1/2560	2/60	2000.00
ชรายาแผนปัจจุบัน	25/5/2560	8/60	2000.00
ชรายาแผนปัจจุบัน	25/5/2560	7/60	2000.00
ชรายาแผนปัจจุบัน	25/5/2560	5/60	2000.00

ออกใบสั่งชำระ

ออกใบสั่งชำระ



จัดทำโดย *กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี