

# คำแนะนำการขออนุญาตสถานที่ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา

## ข้อกฎหมายที่ควรคำนึงเกี่ยวกับการตั้งชื่อร้าน

### พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรมพ.ศ. 2537

มาตรา 29 ห้ามมิให้ผู้ใดใช้คำหรือข้อความด้วยอักษรไทยหรืออักษรต่างประเทศว่า เภสัชกร เภสัชกรหญิง แพทย์ปรุงยา นักปรุงยา หรือใช้อักษรย่อของคำดังกล่าว หรือใช้คำแสดงวุฒิการศึกษาทางเภสัชศาสตร์ หรือใช้อักษรย่อของวุฒิดังกล่าว ประกอบกับชื่อหรือชื่อสกุลของตน หรือใช้คำหรือข้อความอื่นใดที่มีความหมายเช่นเดียวกัน หรือแสดงด้วยวิธีใด ๆ ซึ่งทำให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ทั้งนี้รวมถึงการใช้ จ้าง วาน หรือยินยอมให้ผู้อื่นกระทำการดังกล่าวให้แก่ตน เว้นแต่ผู้ได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรในวิชาเภสัชศาสตร์

มาตรา 30 ห้ามมิให้ผู้ใดใช้คำหรือข้อความที่แสดงให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตนเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมสาขาต่างๆ ทั้งนี้ รวมถึงการใช้ จ้าง วาน หรือยินยอมให้ผู้อื่นกระทำการดังกล่าวให้แก่ตน เว้นแต่ผู้ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรว่าผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมสาขานั้น ๆ จากสภาเภสัชกรรมหรือที่สภาเภสัชกรรมรับรองหรือผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมผู้มีความรู้ความชำนาญตามที่กำหนดในข้อบังคับสภาเภสัชกรรม

มาตรา 51 ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 29 หรือมาตรา 30 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

## ข้อกฎหมายการห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในร้านขายยา

### พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

มาตรา 27 ห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่หรือบริเวณดังต่อไปนี้

(2) สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลและร้านขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยา

มาตรา 39 ผู้ใดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยฝ่าฝืนมาตรา 27 หรือมาตรา 28 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

## “เอกสารที่ต้องยื่นพร้อมคำขออนุญาตเปิดร้านขายยา”

ส่วนคำขอ/สถานที่และเอกสารประกอบ อย่างละ 1 ชุด	ส่วนของผู้ขออนุญาต อย่างละ 1 ชุด	ส่วนของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ อย่างละ 1 ชุด
1. คำขออนุญาตขายยา 2. สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (แบบที่กำหนด) ใช้ 3 ชุด 3. สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ประกอบการ 4. แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานที่ขายยา 5. แผนผังภายในสถานที่ขายยาแสดงการจัดวางตู้ยา 6. สัญญาเช่าร้านหรือหนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่ 7. หนังสือรับรองว่ามีหลักทรัพย์เพียงพอดำเนินกิจการ	1. คำรับรองผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน 2. ใบรับรองแพทย์ ของผู้ขออนุญาต 3. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต 4. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ขออนุญาต 5. หนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ 30 บาท (กรณีนิติบุคคล) 6. รูปถ่าย ขนาด 3 x 4 ซม. จำนวน 2 รูป	1. คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ 2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ 3. สำเนาบัตรประชาชนของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ 4. สำเนาใบประกอบโรคศิลปะ 5. ใบแจ้งเลิกการเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ณ สถานที่เดิม

\*เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณาคำขอ ให้ผู้ขออนุญาตจัดเรียงเอกสาร ตามลำดับหมายเลขข้างต้น\*

\*เอกสารที่ถ่ายสำเนา ต้องลงนามรับรองสำเนาไว้ทุกฉบับ\*

## “ขั้นตอนการขออนุญาตขายยา”

ผู้ขออนุญาตต้องมาติดต่อยื่นเรื่องด้วยตนเอง พร้อมด้วยผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเอกสารคำขอ และแจ้งวันเวลาเพื่อนัดตรวจสอบสถานที่

ผู้ขออนุญาตต้องจัดเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ที่ใช้ในร้านขายยา และบุคลากรให้พร้อม ดังต่อไปนี้

- สถานที่ตั้งและจัดสถานที่ภายในร้านตรงกับที่ได้ขออนุญาตไว้ (แบบแปลนที่ยื่น)
- สถานที่ขออนุญาตต้องก่อสร้างด้วยวัสดุแข็งแรง มั่นคง เคลื่อนย้ายไม่ได้ ระบบถ่ายเท แสงสว่างเพียงพอ ไม่เลี้ยงสัตว์ และสะอาด
- มีพื้นที่ไม่น้อยกว่า 8 ตร.ม. แบ่งพื้นที่ให้เป็นสัดส่วน (ไม่อนุญาตให้บริเวณจำหน่ายอยู่รวมกับบ้านพักอาศัย)
- มีตู้ และชั้นวางยาจำนวนเพียงพอพร้อมทั้งมีป้ายแสดงประเภทกลุ่มยาตามหลักวิชาการ ควบคุมอุณหภูมิไม่เกิน 30°C แต่ไม่ส่องถึงผลิตภัณฑ์
- มีม่านปิดส่วนให้บริการโดยเภสัชกร มีข้อความแจ้งให้ทราบว่าเภสัชกรไม่อยู่และมองเห็นได้ชัดจากภายนอก
- มีโต๊ะให้คำปรึกษาเป็นสัดส่วน พร้อมป้ายแสดงชัดเจน
- มีป้ายแสดงสัญลักษณ์ที่กำหนดอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และติดบริเวณที่ผู้รับบริการเห็นได้ชัดเจน สามารถมองเห็นจากภายนอกอาคาร

	ขย.1	ขย.3	ขย.บ.
ป้ายสถานที่ขายยาด้วยตัวถาวร ขนาดไม่น้อยกว่า 20 x 70 ซม. ตัวอักษรสีขาวขนาดไม่น้อยกว่า 3 ซม. โดยมีข้อความบรรทัดเดียวดังนี้	สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน (พื้นป้ายสีน้ำเงิน)	สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน บรรจุเสร็จสำหรับสัตว์ (พื้นป้ายสีแดง)	สถานที่ขายยาแผนโบราณ (พื้นป้ายสีเขียว)
ป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการด้วยตัวถาวร ขนาดไม่น้อยกว่า 20 x 70 ซม. ตัวอักษรสีขาวขนาดไม่น้อยกว่า 3 ซม. โดยมีข้อความดังนี้	 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; text-align: center;"> <p><b>นางสาวกิตติยา วงษ์ครุฑ ภ.บ.</b></p> <p><b>เวลาปฏิบัติการ 07.00-21.00น.</b></p> <p><b>ภ.28397</b></p> </div>		
รูปถ่ายของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเป็นรูปสีหน้าเต็ม ไม่สวมหมวก ไม่ใส่แว่นตาดำ ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 5 ปี รูปถ่ายขนาดไม่ต่ำกว่า 8 x15 ซม. อักษรแสดงเลขที่ประกอบใบวิชาชีพ ขนาดอักษรสูง 3 ซม.			

- มีอุปกรณ์ที่ใช้ในร้านขายยา และการรักษาคุณภาพยา (ตู้เย็น ถาดนับเม็ดยา 2 ถาด อุปกรณ์ทำความสะอาดลดการปนเปื้อน เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ เครื่องชั่งน้ำหนัก อุปกรณ์วัดส่วนสูง อุปกรณ์สำหรับดับเพลิง ชั้นวางยา หรือ pallet ที่พร้อมใช้งานและมีมาตรฐาน)
- ซองบรรจุยาทุกชนิด และฉลากยาที่มีการระบุชื่อร้าน ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์
- เภสัชกรสวมเสื้อกาวน์สีขาวติดเครื่องหมายสัญลักษณ์ของสภาเภสัชกรรม
- จัดเตรียมแบบบัญชีต่างๆตามที่กฎกระทรวงกำหนด
- ห้ามจำหน่ายยาสูบ และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

เมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบสถานที่แล้ว หลังจากแก้ไขปรับปรุงแล้วต้องดำเนินการถ่ายรูปสถานที่ส่งมาให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เพื่อใช้ประกอบการเสนอเรื่องผ่าน คณะกรรมการพิจารณาอนุญาตระดับจังหวัด โดยจะต้องถ่ายรูปดังนี้

- รูปถ่ายด้านหน้า (ให้เห็นป้ายชื่อสถานที่ และเลขที่ของสถานที่)
- รูปถ่ายด้านหน้าห้องเก็บยา
- รูปถ่ายบริเวณโต๊ะทำงานผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
- รูปถ่ายหน้าห้องเก็บยา
- รูปถ่ายป้ายแสดงสถานที่ประกอบการ และป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
- รูปถ่ายม่านปิดส่วนให้บริการโดยเภสัชกร
- รูปถ่ายแสดงป้ายข้อความแจ้งให้ทราบว่าเภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติการ
- รูปถ่ายแบบบัญชีต่างๆตามที่กฎกระทรวงกำหนด
- รูปถ่ายของบรรจุยาทุกชนิด และฉลากยาที่มีการระบุชื่อร้าน ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์
- อุปกรณ์ที่ใช้ในร้านขายยา และการรักษาคุณภาพยา (ตู้เย็น ถาดนับเม็ดยา 2 ถาด อุปกรณ์ทำความสะอาดลดการปนเปื้อน เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ เครื่องชั่งน้ำหนัก อุปกรณ์วัดส่วนสูง อุปกรณ์สำหรับดับเพลิง ชั้นวางยา หรือ pallet ที่พร้อมใช้งานและมีมาตรฐาน)

คณะกรรมการระดับจังหวัดพิจารณาอนุญาต

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา แจ้งให้ผู้ยื่นขออนุญาตมารับใบอนุญาต พร้อมชำระค่าธรรมเนียมในวันที่มารับใบอนุญาต

**แบบตรวจเอกสาร**  
**การขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน**

เลขรับที่.....  
วันที่.....  
ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ

ชื่อผู้ขออนุญาต.....ชื่อร้าน.....  
ตั้งอยู่เลขที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดนครราชสีมา  
ชื่อผู้ตรวจเอกสาร.....ครั้งที่.....วันที่.....เวลา.....น.

ที่	รายการเอกสาร	ผลการตรวจสอบ		หมายเหตุ (รายละเอียดการแก้ไข)
		ถูกต้อง	แก้ไข	
	<b>เอกสารคำขอ/สถานที่/และเอกสารประกอบ</b>			
1	คำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (แบบ ขย.1)			
2	สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (ตามแบบฟอร์มที่กำหนด)			
3	สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ประกอบการ			
4	แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานที่ขายยา			
5	แผนผังภายในสถานที่ขายยาแสดงการจัดวางตู้ยา			
6	สัญญาเช่าร้านหรือหนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่			
7	เอกสารรับรองว่ามีหลักทรัพย์เพียงพอในการดำเนินการ (สมุดเงินฝาก)			
	<b>เอกสารของผู้ขออนุญาต</b>			
8	คำรับรองผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน			
9	ใบรับรองแพทย์ ของผู้ขออนุญาต			
10	สำเนาบัตรประชาชน และ สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ขออนุญาต			
11	หนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ 30 บาท			
12	เอกสารประกอบของนิติบุคคลผู้มอบอำนาจ (กรณีเป็นนิติบุคคล)			
13	รูปถ่าย ขนาด 3x4 ซม. (ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน) จำนวน 3 รูป			
14	คำรับรองของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเกี่ยวกับการจัดให้มีเภสัชกรมาอยู่ปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาที่เปิดทำการ			
	<b>เอกสารของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (เภสัชกร)</b>			
15	คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (แบบ ขย.14)			
16	คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงานเพื่อเป็นหลักฐานประกอบคำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในการเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในร้านขายยาตามกฎหมายกระทรวง การขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (แบบ ขย.14 หน้า 3)			
17	สำเนาบัตรประชาชน และ สำเนาทะเบียนบ้าน ของเภสัชกร			
18	สำเนาใบประกอบวิชาชีพของเภสัชกร หรือหนังสือรับรองสภาเภสัชกรรม			
19	ใบแจ้งเลิกการเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ณ สถานที่เดิม (ถ้ามี)			
20	ภาพถ่ายสถานที่ประกอบการอนุญาต (ตามแบบฟอร์มที่กำหนด)			

หมายเหตุ : ลงนามรับรองสำเนาถูกต้องเอกสารทุกฉบับที่เป็นสำเนา

ที่ปิดรูปถ่าย  
ผู้รับอนุญาต  
ขนาด ๓ x ๔ ซม.

เลขรับที่ .....  
วันที่ .....  
ลงชื่อ .....ผู้รับคำขอ

### คำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

(ชื่อผู้ขออนุญาต)

มีผู้ดำเนินการกิจการ 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.....

พิกัด GPS ละติจูด.....ลองติจูด.....

ลักษณะการประกอบการ <sup>(๑)</sup>

- ☐ ขายปลีก  
☐ ขายส่ง  
☐ ประยุกต์สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย (เฉพาะขายปลีกเท่านั้น)

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

โดยมีเอกสารชั้น .....ชื่อ.....

เลขที่บัตรประชาชน

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเอกสารเลขที่ .....ออกให้วันที่.....

(ถ้ามีมากกว่าหนึ่งคนให้แจ้งเพิ่มเติมท้ายคำขอนี้จนครบ)

เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติตามมาตรา 39 หรือมาตรา 40 แห่งพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. 2510

เวลาทำการ (เวลาปฏิบัติการ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าในระยะเวลาสองปีก่อนยื่นคำขอนี้ ข้าพเจ้าไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งที่ขบด้วยกฎหมายให้จำคุกในความผิดที่กฎหมายบัญญัติ ให้ถือเอาการกระทำโดยทุจริตเป็นองค์ประกอบหรือในความผิดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ กฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท กฎหมายว่าด้วยการขายยาหรือพระราชบัญญัตินี้

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

- (1) รูปถ่ายของผู้ขออนุญาต ขนาด 3 x 4 เซนติเมตร จำนวน 3 รูป
- (2) เอกสารแสดงการเป็นเจ้าของกิจการและหลักทรัพย์
- (3) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต (กรณีบุคคลธรรมดาเป็นผู้ขออนุญาต) หรือผู้ดำเนินการ (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)
- (4) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับรองว่าผู้ขออนุญาตไม่เป็นโรคตามมาตรา 14 (6) แห่งพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. 2510
- (5) สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและเอกสาร ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต
- (6) สำเนาหรือรูปถ่ายใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเอกสารของเอกสารทุกคน ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต
- (7) เอกสารแสดงว่าเป็นผู้ดำเนินการ (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)
- (8) เอกสารอื่นๆ ถ้าจำเป็น

(ลายมือชื่อ).....ผู้ขออนุญาต

(.....)

**สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ**  
**ตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ.2510**

เขียนที่.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สัญญาระหว่าง.....ในนามของ.....  
เลขที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
ซึ่งต่อไปนีสัญญานี้เรียกว่า "ผู้รับอนุญาต" ฝ่ายหนึ่งกับ.....

ผู้ประกอบการ ( ) บำบัดโรคสัตว์  
( ) โรคศิลปะแผน.....สาขา.....  
( ) วิชา.....ชั้น.....ใบอนุญาตเลขที่.....ซึ่งต่อไปนีสัญญานี้เรียกว่า "ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ" อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำสัญญานี้เพื่อปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. 2510 ร่วมกันโดยมีข้อความ ดังต่อไปนี้

1. ผู้รับอนุญาตยินยอมและตกลงผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเข้าปฏิบัติหน้าที่ ณ.....ของ ผู้รับอนุญาตเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ.2510 ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
2. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการยินยอมรับปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ.2510 ในหน้าที่ที่กำหนดไว้ตามข้อ 1. ของสัญญานี้ทุกประการ
3. ผู้รับอนุญาตยอมจ่ายค่าเงินทดแทนเป็นรายเดือนให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เดือนละ.....บาท (.....) ภายในวันสิ้นเดือนปฏิทินทุกๆ เดือน
4. หนังสือสัญญานี้ฉบับนี้อายุสัญญา จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.....
5. หากคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดบอกเลิกสัญญานี้ก่อนครบกำหนดตามข้อ 4. ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้อีกฝ่ายหนึ่งทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า.....วัน และต้องแจ้งให้กองควบคุมยาทราบตามกฎหมายด้วย
6. หากต้องมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลง เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทำอยู่ เพื่อให้การปฏิบัติการได้เป็นไปโดยถูกต้องตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ.2510 และกฎกระทรวงซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าว ผู้รับอนุญาตยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกประการ
7. ภาษีเงินได้ที่จะต้องเสียตามกฎหมาย ผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตกลงกันว่า.....เป็นผู้เสีย
8. หากปรากฏว่าคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไม่ปฏิบัติตามสัญญานี้ แม้แต่ข้อหนึ่งข้อใดสัญญานี้เป็นอันเลิกกันทันที โดยคู่สัญญาไม่ต้องปฏิบัติตาม ข้อ 5. และคู่สัญญามีสิทธิที่จะต้องเรียกร้องค่าเสียหายได้ตามกฎหมาย หากมีการฟ้องร้องกันขึ้น ทั้งสองฝ่ายตกลงกันว่าฝ่ายที่ผิดสัญญาจะต้องเป็นผู้ชดใช้ค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้อง เช่น ค่าทนาย และค่าธรรมเนียมศาล หรืออื่นๆ เป็นต้น

9. สัญญานี้เป็นสามฉบับมีข้อความตรงกัน คู่สัญญาดังกล่าวถือไว้คนละหนึ่งฉบับ และมอบไว้ให้กองควบคุมยาสํานักงานคณะกรรมการอาหารและยา เก็บไว้เป็นหลักฐานหนึ่งฉบับ  
คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายต่างเข้าใจข้อความในสัญญานี้ดีแล้ว จึงได้ลงชื่อเป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้อนุญาต  
( )  
ลงชื่อ.....ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ  
( )  
ลงชื่อ.....พยาน  
( )  
ลงชื่อ.....พยาน  
( )

## 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.....

- (1) ข้าพเจ้าเป็น ☐ ผู้สำเร็จหลักสูตรการอบรมตามมาตรา 48 แห่งพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522  
(เฉพาะสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ)

ใบประกอบวิชาชีพ/หนังสือรับรอง เลขที่.....

ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... วันหมดอายุ (ถ้ามี).....

- (2) ข้าพเจ้าไม่อยู่ระหว่างการพักใช้ใบประกอบวิชาชีพ

- (3) ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขณะนี้ข้าพเจ้ามิได้เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแห่งใด

- (4) ขณะนี้ข้าพเจ้า ☐ ไม่ได้รับราชการหรือทำงานอยู่แห่งใด

☐ รับราชการหรือทำงานอยู่ที่.....

เวลาราชการ/เวลาทำงาน.....

- (5) ข้าพเจ้าจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำ ณ สถานที่ขายยาชื่อ.....

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

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

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

เวลาปฏิบัติการ.....

(6) ข้าพเจ้ารับทราบและจะปฏิบัติตามหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่กำหนดไว้ ตลอดระยะเวลาที่ข้าพเจ้าเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่แห่งนี้โดยเคร่งครัด

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

- (1) สำเนาทะเบียนบ้าน
- (2) สำเนาบัตรประชาชน
- (3) คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน พร้อมตราประทับในกรณีรับราชการหรือทำงาน (ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด)
- (4) เอกสารอื่นๆ (ถ้าจำเป็น)

ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

กรณีการขอใบอนุญาตใหม่ ให้ทำคำรับรองนี้ต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ให้คำรับรอง  
(ลายมือชื่อ)..... พนักงานเจ้าหน้าที่

---

หมายเหตุ : -ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ



**คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน**  
**เพื่อเป็นหลักฐานประกอบคำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (แบบ ข.ย.14) ในการเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ**  
**ในร้านขายยาตามกฎหมายกระทรวงการอนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2556**

เขียนที่.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....ชื่อหน่วยงาน.....

ตั้งอยู่ ณ เลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....ตรอก/ซอย.....

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

จังหวัด.....โทรศัพท์.....มือถือ.....

e-mail.....

เป็นผู้บังคับบัญชา/หัวหน้างาน ของ.....

เลขที่บัตรประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ เป็นผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ และปฏิบัติงานใน

ตำแหน่งประจำ คือ .....สังกัด (แผนก/ฝ่าย).....

ในหน่วยงานชื่อ.....เวลาปฏิบัติงานในหน่วยงาน คือ.....น.

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ตราประทับหน่วยงาน

(.....)

ตำแหน่ง.....

**เฉพาะกรณีที่เอกสารไม่ได้รับราชการ หรือ ทำงานประจำ** (ให้กรอกข้อความ อ่าน และลงนามข้างล่างนี้)

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่ได้รับราชการหรือทำงานประจำที่ใด  
ทั้งนี้ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

ลงชื่อ.....

(.....)

เอกสารผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

**คำรับรองของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน  
เกี่ยวกับการจัดให้มีเภสัชกรมาอยู่ปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาที่เปิดทำการ**

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

เป็นผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันชื่อ.....

ตั้งอยู่ ณ เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... ตรอก/ซอย.....

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

จังหวัด..... โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจในหน้าที่ความรับผิดชอบ ของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ในการจัดให้มีเภสัชกรอยู่ปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาทำการ และหากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามที่กำหนด ข้าพเจ้าต้องรับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด รวมถึงอาจไม่สามารถต่ออายุใบอนุญาตได้ ตามเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวงว่าด้วยการขออนุญาต และการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2556

ข้าพเจ้าอ่านและเข้าใจถ้อยคำดังกล่าวทั้งหมด จึงลงลายมือชื่อเป็นสำคัญ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้รับอนุญาต

# หนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน

เขียนที่.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

- ☐ ผู้รับอนุญาต    ☐ ผู้ดำเนินการ    ☐ ผู้ขออนุญาต  
☐ ขยายแผนปัจจุบัน    ☐ นำหรือสั่งยาแผนปัจจุบันฯ    ☐ ผลิทยาแผนปัจจุบัน  
☐ ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ  
☐ ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์  
☐ ขยายแผนโบราณ    ☐ นำหรือสั่งยาแผนโบราณฯ    ☐ ผลิทยาแผนโบราณ

ของ ร้าน/หจก./หสน./บริษัท.....

ใบอนุญาตเลขที่.....ตั้งอยู่.....

ขอมอบอำนาจให้.....

☐ บัตรประจำตัวประชาชน    ☐ บัตรประจำตัวข้าราชการ เลขที่.....

ออกให้โดย.....บัตรหมดอายุ.....

เป็นผู้กระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการเกี่ยวกับการขออนุญาต การรับใบอนุญาต การต่อใบอนุญาต การลงนามเป็นผู้ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต การแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาต และกิจการอื่นใดทุกประการ เกี่ยวกับการประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา สำหรับใบอนุญาตดังกล่าวข้างต้น

การใดที่รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายใต้ขอบเขตแห่งการมอบอำนาจนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบและมีผลผูกพันข้าพเจ้าทุกประการ ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)

ติด  
อากรแสตมป์  
30 บาท

ชื่อร้าน..... วันที่ตรวจประเมิน.....

**แบบประเมินร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ร้านเปิดใหม่)**  
**ตามกฎหมายกระทรวงการขออนุญาต และการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2556**

---

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

ชื่อผู้รับอนุญาต.....  
ชื่อผู้ดำเนินการ.....(เฉพาะกรณีที่เป็นนิติบุคคล)

มีผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ.....คน ได้แก่

1. .... เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ..... เวลาปฏิบัติการ.....น.  
ขณะประเมิน ☐ พบเภสัชกร ☐ ไม่พบเภสัชกร
2. .... เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ..... เวลาปฏิบัติการ.....น.  
ขณะประเมิน ☐ พบเภสัชกร ☐ ไม่พบเภสัชกร
3. .... เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ..... เวลาปฏิบัติการ.....น.  
ขณะประเมิน ☐ พบเภสัชกร ☐ ไม่พบเภสัชกร

(หากมีผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการหลายคนให้ระบุจนครบทุกคนท้ายแบบตรวจประเมินนี้)

วันที่ประเมิน..... เวลา.....น.

ผู้ประเมิน 1 .....

ผู้ประเมิน 2 .....

รายการ	รายละเอียดการตรวจ	เกณฑ์การให้คะแนน	ค่าน้ำหนัก	คะแนน	หมายเหตุ
<b>1. ภาพรวมของสถานที่ขายยา</b>					
<b>1.1 สถานที่ขายยาต้องมีความแข็งแรง</b> เป็นสิ่งปลูกสร้างที่มั่นคงถาวรเป็นสัดส่วนชัดเจน (Critical Defect)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ตัวอาคารสร้างด้วยวัสดุที่มั่นคงแข็งแรง</li> <li>○ มีความเป็นสัดส่วนจากสิ่งแวดล้อม</li> </ul> <p>กรณีเป็นพื้นที่เช่าในอาคาร ต้องมีการกำหนดขอบเขตบริเวณที่ชัดเจน โดยจะต้องมีอย่างน้อยด้านหนึ่งของร้านติดกับผนังอาคาร หรือมีฉากกั้น (Partition) ที่ตรงกับพื้นไม่สามารถขยับเขยื้อนได้ง่ายแทนผนัง และต้องมีความสูงไม่น้อยกว่า 2 เมตร</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 0 = ไม่สอดคล้อง</li> <li>○ 2 = สอดคล้องทุกข้อ</li> </ul>	2		กรณีไม่สอดคล้องถือเป็นข้อบกพร่องวิกฤต
<b>1.2 มีทะเบียนบ้านที่ออกโดยส่วนราชการ</b> กรณีเป็นอาคารชุดต้องเป็นพื้นที่อนุญาตให้ประกอบกิจการ ไม่ใช่ที่พักอาศัย (Critical Defect)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ สถานที่ขายยาต้องตั้งอยู่ในสถานที่ซึ่งประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงได้ กรณีเป็นอาคารชุดจะต้องตั้งอยู่ในพื้นที่ส่วนกลางที่จัดเตรียมไว้สำหรับประกอบกิจการค้า ไม่ใช่พื้นที่ส่วนบุคคล</li> <li>○ มีทะเบียนบ้านที่ออกโดยหน่วยงานราชการ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 0 = ไม่สอดคล้อง</li> <li>○ 2 = สอดคล้องทุกข้อ</li> </ul>	2		กรณีไม่สอดคล้องถือเป็นข้อบกพร่องวิกฤต
<b>1.3 สถานที่ขายยาต้องถูกสุขลักษณะ</b> เป็นระเบียบเรียบร้อย มีการควบคุมป้องกันสัตว์แมลงรบกวน ไม่มีสัตว์เลี้ยงในบริเวณขายยา และอากาศถ่ายเทสะดวก	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ เป็นระเบียบเรียบร้อย</li> <li>○ มีการควบคุมป้องกันสัตว์แมลงรบกวน</li> <li>○ ไม่มีสัตว์เลี้ยงในบริเวณขายยา</li> <li>○ อากาศถ่ายเทสะดวก</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 0 = สอดคล้อง 0-2 ข้อ</li> <li>○ 1 = สอดคล้อง 3 ข้อ</li> <li>○ 2 = สอดคล้องทุกข้อ</li> </ul>	1		
<b>1.4 มีตู้หรือชั้นวางยาที่สามารถแยกเก็บยา</b> เป็นหมวดหมู่ตามประเภทของยา ทั้งส่วนของหน้าร้าน และพื้นที่เก็บสำรองยา (ถ้ามี) และไม่วางยาสัมผัสกับพื้นโดยตรง (Critical Defect)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ มีตู้หรือชั้นวางยาที่สามารถแยกเก็บยาเป็นหมวดหมู่ตามประเภทของยา</li> <li>○ พื้นที่เก็บสำรองยา (ถ้ามี) และไม่วางยาสัมผัสกับพื้นโดยตรง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 0 = ไม่สอดคล้อง</li> <li>○ 2 = สอดคล้องทุกข้อ</li> </ul>	2		กรณีไม่สอดคล้องถือเป็นข้อบกพร่องวิกฤต
<b>1.5 บริเวณจัดวางยาอันตราย และยาควบคุมพิเศษในพื้นที่ขายยา จะต้อง</b> 15.1 มีพื้นที่เพียงพอในการจัดวางยาแยกตามประเภทของยา และสามารถติดป้ายแสดงประเภทของยาได้ตามหลักวิชาการ 15.2 จัดให้มีม่าน หรือวัสดุที่ปิดบัง สำหรับ ใช้ปิดบัง บริเวณ <b>ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร</b> ในขณะที่เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ พร้อมทั้งข้อความแจ้งให้ทราบว่าเภสัชกรไม่อยู่แสดงไว้ให้เห็นได้ชัดเจนจากภายนอกสถานที่ (Critical Defect)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ยาอันตราย และยาควบคุมพิเศษควรจัดเรียงในพื้นที่ “ส่วนบริการโดยเภสัชกร” ซึ่งการจัดสัดส่วนพื้นที่ดังกล่าวจะต้องป้องกันไม่ให้ผู้รับบริการเข้าถึงยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ หรือยาที่ต้องควบคุมการจ่ายโดยเภสัชกร</li> <li>○ มีป้ายแสดงหมวดหมู่ยาเป็นประเภทต่างๆ</li> <li>○ มีวัสดุที่ใช้ปิดบังพื้นที่ส่วนที่จัดวางยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษซึ่งอาจเป็นผ้า ผ้าม่าน ผ้าใบ หรือวัสดุอื่นใดที่มีความเหมาะสมโดย <b>ติดถาวรบนขอบตู้ยา</b> เพื่อปิดบังส่วนที่เป็นยาอันตราย และยาควบคุมพิเศษ <b>ทั้งหมด</b> รวมถึงยาต่างๆที่ต้องจ่ายโดยเภสัชกรในระหว่างที่เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่</li> <li>○ มีการแสดงข้อความภาษาไทยแจ้งต่อผู้รับบริการว่า “เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ไม่สามารถขายยาในบริเวณนี้ได้” หรือข้อความอื่นในทำนองเดียวกัน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 0 = ไม่สอดคล้อง</li> <li>○ 2 = สอดคล้องทุกข้อ</li> </ul>	3		กรณีไม่สอดคล้องถือเป็นข้อบกพร่องวิกฤต

รายการ	รายละเอียดการตรวจ	เกณฑ์การให้คะแนน	ค่าน้ำหนัก	คะแนน	หมายเหตุ
1.6 มีการจัดการ การควบคุม สภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการรักษาคุณภาพผลิตภัณฑ์ให้มีประสิทธิภาพที่ดีในการรักษาอากาศถ่ายเทดี แห้ง สามารถควบคุมอุณหภูมิให้ไม่เกิน 30 องศาเซลเซียส และสามารถป้องกันแสงแดดไม่ให้ส่องโดยตรงถึงผลิตภัณฑ์ (Critical Defect)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ มีการบันทึกอุณหภูมิอย่างสม่ำเสมอและสามารถตรวจสอบได้ถึงปัจจุบันในส่วนพื้นที่ให้บริการ พื้นที่เก็บสำรองยา (Stock) และบริเวณที่เก็บยาในตู้เย็น</li> <li>○ อุณหภูมิสำหรับจัดเก็บยาทั่วไป <u>ไม่เกิน 30 องศาเซลเซียส</u></li> <li>○ แสงแดดและความร้อนไม่กระทบผลิตภัณฑ์ยาใดๆภายในร้านและส่วนเก็บยาสำรอง (stock)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 0 = ไม่สอดคล้อง</li> <li>○ 2 = สอดคล้องทุกข้อ</li> </ul>	3		กรณี ไม่สอดคล้อง ถือเป็น ข้อบกพร่อง วิกฤต
1.7 มีแสงสว่างเพียงพอในการอ่านเอกสาร อ่านฉลากผลิตภัณฑ์ ยาและป้ายแสดงต่างๆ ได้อย่างชัดเจน	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ แสงสว่างต้องมีปริมาณที่เพียงพอเหมาะสมที่จะอ่านฉลากยาที่มีขนาดเล็กได้</li> <li>○ ควรเป็นแสงสีขาว (Daylight) เพื่อให้สามารถสังเกตความผิดปกติของยาได้ เช่น กรณีการเสื่อมสภาพของยา หรือยาที่มีรูปร่างลักษณะคล้ายคลึงกัน หรืออักษรบนฉลาก</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 0 = ไม่สอดคล้อง</li> <li>○ 1 = สอดคล้อง 1 ข้อ</li> <li>○ 2 = สอดคล้องทุกข้อ</li> </ul>	2		
<b>2. การจัดสัดส่วนของพื้นที่</b>					
2.1 มีพื้นที่เพียงพอสำหรับให้ผู้เกี่ยวข้องได้ปฏิบัติหน้าที่ โดยสะดวก ไม่ว่าจะเป็นผู้รับอนุญาต ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ผู้มาใช้บริการ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ของรัฐที่จะเข้าปฏิบัติหน้าที่	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ มีพื้นที่เพียงพอสำหรับผู้เกี่ยวข้องได้ปฏิบัติหน้าที่โดยสะดวก</li> <li>○ ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร</li> <li>○ ส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ</li> <li>○ ส่วนสำหรับให้ลูกค้าบริการตนเอง</li> <li>○ พื้นที่เก็บสำรองยาเป็นการเฉพาะ (ถ้ามี)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 0 = ไม่สอดคล้อง</li> <li>○ 2 = สอดคล้องทุกข้อ</li> </ul>	2		กรณี ไม่สอดคล้อง ถือเป็น ข้อบกพร่อง วิกฤต
2.2 พื้นที่ของร้านขายยามีการจัดเป็นสัดส่วน ประกอบด้วย ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร/ให้คำปรึกษาแนะนำ/ลูกค้าบริการตนเอง/พื้นที่เก็บสำรองยา (ถ้ามี) (Critical Defect)					
2.3 ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร และส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ ต้องอยู่ในบริเวณที่ติดต่อกัน และมีพื้นที่ทั้งสองส่วนรวมกันไม่น้อยกว่า 8 ตารางเมตร โดยความยาวของด้านที่สั้นที่สุดของพื้นที่ต้องไม่น้อยกว่า 2 เมตร (Critical Defect)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ขนาดพื้นที่เพียงพอสำหรับผู้เกี่ยวข้องได้ปฏิบัติหน้าที่โดยสะดวกทั้งผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการและผู้ใช้บริการ</li> <li>○ พื้นที่ในส่วนให้บริการโดยเภสัชกร (ส่วนจัดเรียงยาอันตราย และยาควบคุมพิเศษ) และส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ ต้องมีพื้นที่ไม่น้อยกว่า 8 ตารางเมตร โดยความยาวของด้านที่สั้นที่สุดของพื้นที่ไม่น้อยกว่า 2 ตร.ม.</li> <li>○ กรณีที่ร้านยามีผลิตภัณฑ์สำหรับให้ลูกค้าสามารถเลือกได้ด้วยตนเอง เช่น วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ นมผง เครื่องสำอาง เป็นต้น จะต้องจัดให้มีบริเวณแยกต่างหากจาก 8 ตารางเมตร ข้างต้น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 0 = ไม่สอดคล้อง</li> <li>○ 2 = สอดคล้องทุกข้อ</li> </ul>	3		กรณี ไม่สอดคล้อง ถือเป็น ข้อบกพร่อง วิกฤต

รายการ	รายละเอียดการตรวจ	เกณฑ์การให้คะแนน	ค่าน้ำหนัก	คะแนน	หมายเหตุ
2.5 ส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ มีการจัดเป็นสัดส่วนโดยมีพื้นที่บนเคาเตอร์ หรือโต๊ะซึ่งเพียงพอต่อการให้บริการ สามารถวางแฟ้มประวัติผู้ป่วย และอุปกรณ์หรือหนังสือที่ประกอบการให้คำปรึกษาแนะนำ ตลอดถึงยาที่ผู้ป่วยได้รับ รวมถึงมีเก้าอี้สำหรับเภสัชกร และผู้มาขอรับคำปรึกษาแนะนำ พร้อมทั้งมีป้ายแสดงชัดเจน (Critical Defect)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ บริเวณสำหรับให้คำปรึกษาและแนะนำการใช้ยา จะต้องมีพื้นที่ที่เพียงพอ สำหรับการจัดวางเอกสาร และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งเก้าอี้สำหรับผู้รับคำปรึกษานั่ง</li> <li>○ ตำแหน่งของโต๊ะให้คำปรึกษาควรจัดเป็นสัดส่วนและสามารถรักษาความลับของผู้ป่วยได้</li> <li>○ มีป้ายภาษาไทยระบุ “บริเวณให้คำปรึกษาด้านยา”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 0 = ไม่สอดคล้อง</li> <li>○ 2 = สอดคล้องทุกข้อ</li> </ul>	2		กรณี ไม่สอดคล้อง ถือเป็น ข้อบกพร่อง วิกฤต
2.6 พื้นที่เก็บสำรองยา เป็นการเฉพาะจะต้องมีพื้นที่เพียงพอ สำหรับการจัดเก็บรักษา ยาประเภทต่างๆ วัสดุและผลิตภัณฑ์อย่างอื่นๆ อย่างเป็นระเบียบ เหมาะสม และไม่วางยาสัมผัสกับพื้นโดยตรง (หากไม่มีพื้นที่เก็บสำรองยาเป็นการเฉพาะ ให้ระบุ “ไม่มี” ในช่องหมายเหตุ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ มีบริเวณเฉพาะสำหรับการจัดเก็บ กรณีที่มียาสำรองไม่มากอาจใช้พื้นที่ส่วนตู้ปิดทึบหน้าร้าน ในการจัดเก็บ โดยจะต้องแยกชัดเจนระหว่างยาสำรอง (stock) กับยาที่พร้อมจำหน่าย และมีป้ายแสดงว่าเป็น “พื้นที่เก็บสำรองยา”</li> <li>○ พื้นที่เก็บสำรองยาต้องเป็นไปตามข้อกำหนดสำหรับการจัดเก็บของยานั้นๆ เช่น อุณหภูมิ ความชื้น การเก็บให้พ้นแสง</li> <li>○ พื้นที่เพียงพอที่จะจัดเก็บยาให้เป็นระเบียบ ไม่ก่อให้เกิดความสับสนการจัดวางยา</li> <li>○ แนะนำให้ใช้พาเลท (Pallet) ที่ทำจากพลาสติก หรือไม้เนื้อแข็ง รองพื้นก่อนจัดวางยา ห้ามวางสัมผัสพื้นโดยตรง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 0 = สอดคล้อง 0-2 ข้อ</li> <li>○ 1 = สอดคล้อง 3 ข้อ</li> <li>○ 2 = สอดคล้อง 4 ข้อ</li> </ul>	1		
2.7 มีตู้หรือลิ้นชักเก็บวัตถุดิบ ฤทธิ์ประเภท 3 หรือประเภท 4 และตู้หรือลิ้นชักเก็บยาเสพติดให้โทษประเภท 3 แยกเป็นสัดส่วน (กรณีมีการขออนุญาตขายวัตถุดิบ ฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4 หรือ ยาเสพติดให้โทษในประเภท 3) (ถ้ามี) (Critical Defect)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ มีตู้หรือลิ้นชักเก็บวัตถุดิบ ฤทธิ์ประเภท 3 หรือประเภท 4 และตู้หรือลิ้นชักเก็บยาเสพติดให้โทษประเภท 3 แยกเป็นสัดส่วน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 0 = ไม่สอดคล้อง</li> <li>○ 2 = สอดคล้องทุกข้อ</li> </ul>	2		กรณี ไม่สอดคล้อง ถือเป็น ข้อบกพร่อง วิกฤต
3. ป้าย และป้ายแสดงชื่อตัว ชื่อสกุล วิทยฐานะ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ					
3.1 มีป้าย “สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน” ติดในบริเวณที่ผู้มารับบริการมองเห็นได้ชัดเจน สามารถมองเห็นได้จากภายนอกอาคาร (Critical Defect)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ สี่ป้ายถูกต้องตามประเภทร้านขายยา</li> <li>○ ขนาดป้ายไม่น้อยกว่า 20 x 70 เซนติเมตร</li> <li>○ มีข้อความเป็นตัวอักษรไทยสีขาวสูงไม่น้อยกว่า 3 เซนติเมตร</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 0 = ไม่สอดคล้อง</li> <li>○ 2 = สอดคล้องทุกข้อ</li> </ul>	2		กรณี ไม่สอดคล้อง ถือเป็น ข้อบกพร่อง วิกฤต

รายการ	รายละเอียดการตรวจ	เกณฑ์การให้คะแนน	ค่าน้ำหนัก	คะแนน	หมายเหตุ
3.2 มีป้ายแสดงชื่อตัว ชื่อสกุล วิทยฐานะ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ รูปถ่ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เลขที่ ใบประกอบวิชาชีพ และเวลา ปฏิบัติการติดในบริเวณที่ผู้มารับ บริการมองเห็นได้ชัดเจน <b>สามารถมองเห็นได้จากภายนอกอาคาร (Critical Defect)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ สี่ป้ายถูกต้องตามประเภทร้านขายยา</li> <li>○ ขนาดป้ายไม่น้อยกว่า 20 x 70 เซนติเมตร</li> <li>○ แสดงรูปถ่ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ หน้า เต็ม รูปสี่ ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 5 ปี</li> <li>○ ขนาดรูปถ่ายอย่างน้อย 8x15 เซนติเมตร</li> <li>○ มีข้อความเป็นตัวอักษรไทยสีขาว สูงไม่น้อยกว่า 3 เซนติเมตร</li> <li>○ สามารถมองเห็นได้จากภายนอกอาคาร</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 0 = ไม่สอดคล้อง</li> <li>○ 2 = สอดคล้องทุกข้อ</li> </ul>	2		กรณี ไม่สอดคล้อง ถือเป็น ข้อบกพร่อง วิกฤต
<b>4. หมวดอุปกรณ์</b>					
4.1 มีตู้เย็น (เฉพาะกรณีมียาที่ต้องเก็บรักษา ในอุณหภูมิที่ต่ำกว่าอุณหภูมิห้อง) ในสภาพที่ใช้งานได้ตามมาตรฐาน มีพื้นที่เพียงพอสำหรับการจัดเก็บ ยาแต่ละชนิดเป็นส่วนเฉพาะไม่ ใช้เก็บของปะปนกับสิ่งของอื่น <b>(Critical Defect)</b> <b>ตู้เย็นจะเย็นได้กรณีไม่มียาที่ต้องเก็บต่ำกว่าอุณหภูมิห้อง</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ในสภาพที่ใช้งานได้ตามมาตรฐาน</li> <li>○ กรณีไม่ใช่ตู้เย็นสำหรับจัดเก็บยา และ เวชภัณฑ์ซึ่งมีระบบในการควบคุมอุณหภูมิ และความชื้น จะต้องมีก่อนพลาสติกที่มีฝา ปิดมิดชิดสำหรับใส่ยาก่อนวางในตู้เย็น (ไม่ วางยาบนชั้นของตู้เย็นโดยตรง) และ เทอร์โมมิเตอร์ในกล่องพลาสติกที่มีฝาปิด มิดชิดนั้น และจัดให้มีพื้นที่ 1 ชั้นวาง สำหรับจัดวางกล่องพลาสติกใส่ยาข้างต้น (เพื่อให้เป็นส่วนเฉพาะไม่ปะปนกับสิ่งอื่น)</li> <li>○ อุณหภูมิที่ใช้ในการเก็บเป็นไปตาม ข้อกำหนดของยานั้นๆ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 0 = ไม่สอดคล้องทุกข้อ</li> <li>○ 2 = สอดคล้องทุกข้อ</li> </ul>	2		กรณี ไม่สอดคล้อง ถือเป็น ข้อบกพร่อง วิกฤต
4.2 มีภาคนับเม็ดยา อย่างน้อย 2 ภาคนับ กรณีต้องมีการแบ่งบรรจุยา กลุ่มเพนนิซิลิน หรือยากลุ่มซัลโฟ นามาไมด์ หรือยากลุ่มต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAID) ทั้งนี้อุปกรณ์นับเม็ดยา สำหรับยาในกลุ่มเพนนิซิลิน หรือ ยากลุ่มซัลโฟนาไมด์ หรือยากลุ่ม ต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่ สเตียรอยด์ (NSAID) ให้แยกใช้ เด็ดขาดจากยากลุ่มอื่นๆ มีการติด ป้ายให้เห็นชัดเจนที่อุปกรณ์ และ ไม่นับยา <b>(Critical Defect)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ในสภาพใช้งานได้ดี</li> <li>○ กรณีที่มีการนับเม็ดเพื่อแบ่งจ่ายยา เหล่านี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>- ยากลุ่มเพนนิซิลิน</li> <li>- ยากลุ่มซัลโฟนาไมด์</li> <li>- ยากลุ่มต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่ สเตียรอยด์ (NSAID)</li> </ul> </li> <li>จะต้องมีอุปกรณ์นับเม็ดยา (ภาคนับ/ไม้นับยา/ ซ้อนตักยา) เป็นการเฉพาะ และมีการระบุ ชัดเจนทั้งภาคนับและอุปกรณ์นับยา และให้ แยกใช้เด็ดขาดจากยากลุ่มอื่นๆ</li> <li>○ มีอุปกรณ์ทำความสะอาดภาคนับ และ อุปกรณ์นับยา (แอลกอฮอล์/สำลี) มีการทำ ความสะอาดสม่ำเสมอ และจัดเก็บป้องกัน ไม่ให้เกิดการปนเปื้อนข้าม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 0 = ไม่สอดคล้องทุกข้อ</li> <li>○ 2 = สอดคล้องทุกข้อ</li> </ul>	2		กรณี ไม่สอดคล้อง ถือเป็น ข้อบกพร่อง วิกฤต
4.3 เครื่องวัดความดันโลหิต (ชนิดอัตโนมัติ) จำนวน 1 เครื่อง ในสภาพที่ใช้งานได้ตามมาตรฐาน <b>(Critical Defect)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งาน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 0 = ไม่สอดคล้อง</li> <li>○ 2 = สอดคล้อง 1 ข้อ</li> </ul>	2		กรณี ไม่สอดคล้อง ถือเป็น ข้อบกพร่อง วิกฤต
4.4 มีเครื่องชั่งน้ำหนักสำหรับผู้ มารับบริการ จำนวน 1 เครื่อง ในสภาพที่ใช้งานได้ตามมาตรฐาน <b>(Critical Defect)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งาน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 0 = ไม่สอดคล้องทุกข้อ</li> <li>○ 2 = สอดคล้อง 1 ข้อ</li> </ul>	2		กรณี ไม่สอดคล้อง ถือเป็น ข้อบกพร่อง วิกฤต



รายการ	รายละเอียดการตรวจ	เกณฑ์การให้คะแนน	ค่าน้ำหนัก	คะแนน	หมายเหตุ
4.5 มีอุปกรณ์ที่วัดส่วนสูงสำหรับผู้มารับบริการ จำนวน 1 เครื่อง ในสภาพที่ใช้งานได้ตามมาตรฐาน (Critical Defect)	<input type="radio"/> อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งาน	<input type="radio"/> 0 = ไม่สอดคล้องทุกข้อ <input type="radio"/> 2 = สอดคล้อง 1 ข้อ	2		กรณี ไม่สอดคล้อง ถือเป็น ข้อบกพร่อง วิกฤต
4.6 มีอุปกรณ์สำหรับดับเพลิง จำนวน 1 เครื่อง ในสภาพที่ใช้งานได้ตามมาตรฐาน (Critical Defect)	<input type="radio"/> อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งาน สามารถ เข้าถึงง่าย จำนวน 1 เครื่อง ต่อพื้นที่บริการ ไม่เกิน 200 ตารางเมตร (ขนาดบรรจุไม่น้อยกว่า 4 กิโลกรัม) และติดตั้งสูงจากพื้น ไม่เกินกว่า 1.50 เมตร <input type="radio"/> อาจไม่มีได้ กรณี ตั้งอยู่ในอาคารสำนักงาน อาคารห้างสรรพสินค้า เป็นต้น ซึ่งใช้การ อ้างอิงถึงระบบในการป้องกันอัคคีภัยของ สถานที่ตามกฎหมาย	<input type="radio"/> 0 = ไม่สอดคล้องทุกข้อ <input type="radio"/> 2 = สอดคล้อง 1 ข้อ	2		กรณี ไม่สอดคล้อง ถือเป็น ข้อบกพร่อง วิกฤต
<b>5. การปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน</b>					
5.1 มี ชื่อร้าน ที่อยู่ และหมายเลข โทรศัพท์สำหรับติดต่อบนซอง สำหรับบรรจุยา (Critical Defect)	<input type="radio"/> ซองยาสามารถระบุข้อความสำคัญได้จริง <b>มีการระบุข้อมูลบนซองยาครบถ้วน ดังนี้</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> ชื่อร้าน ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ สำหรับติดต่อ</li> <li><input type="radio"/> ชื่อยา</li> <li><input type="radio"/> ข้อบ่งใช้</li> <li><input type="radio"/> วิธีใช้ที่ชัดเจน เข้าใจง่าย</li> <li><input type="radio"/> ผลากช่วย</li> </ul>	<input type="radio"/> 0 = ไม่สอดคล้องทุกข้อ <input type="radio"/> 2 = สอดคล้องทุกข้อ	2		กรณี ไม่สอดคล้อง ถือเป็น ข้อบกพร่อง วิกฤต
5.2 เภสัชกรแต่งกายด้วยเสื้อ กาวนสีขาว ติดเครื่องหมาย สัญลักษณ์ของสภาเภสัชกรรม และแสดงตนว่าเป็นเภสัชกร (Critical Defect)	<input type="radio"/> แต่งกายด้วยเสื้อกาวนสีขาว <input type="radio"/> เครื่องหมายสัญลักษณ์ของสภาเภสัชกรรม บนเสื้อกาวน <input type="radio"/> สัญลักษณ์ หรือป้ายบนเสื้อกาวนที่ แสดงตนว่าเป็นเภสัชกร	<input type="radio"/> 0 = ไม่สอดคล้องทุกข้อ <input type="radio"/> 2 = สอดคล้องทุกข้อ	2		กรณี ไม่สอดคล้อง ถือเป็น ข้อบกพร่อง วิกฤต
5.3 พนักงานร้านยาและบุคลากร อื่นภายในร้านขายยาต้องใส่เสื้อ ป้ายแสดงตน ไม่สื่อบนทางที่จะ ก่อให้เกิดความเข้าใจว่าเป็นเภสัชกร (ตัดสินคะแนนได้ หากไม่มี พนักงานร้านยาหรือบุคลากรอื่นๆ)	4. ไม่ใส่เสื้อกาวนขาวที่สื่อบนทางที่ ก่อให้เกิดความเข้าใจผิดว่าเป็นเภสัชกร <input type="radio"/> สัญลักษณ์ หรือป้ายบนเสื้อ หรือ เครื่องแบบที่แสดงตนว่าเป็นพนักงานร้านยา หรือบุคลากรอื่นจากหน่วยงานอื่น (เช่น พนักงานแนะนำสินค้า)	<input type="radio"/> 0 = ไม่สอดคล้องทุกข้อ <input type="radio"/> 2 = สอดคล้องทุกข้อ	1		
5.4 มีแบบบัญชีต่างๆ ตามที่ กฎกระทรวงกำหนด (Critical Defect)	<input type="radio"/> บัญชีการชื้อยา (แบบ ข.ย.9) <input type="radio"/> บัญชีการขายยาควบคุมพิเศษ(แบบ ขย.10) <input type="radio"/> บัญชีการขายยาอันตรายเฉพาะรายการที่ เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา กำหนด (ข.ย.11) <input type="radio"/> บัญชีการขายยาตามใบสั่งยาของผู้ ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรค ศิลปะ หรือผู้ประกอบการวิชาชีพการสัตวแพทย์ (ข.ย.12)	<input type="radio"/> 0 = ไม่สอดคล้องทุกข้อ <input type="radio"/> 2 = สอดคล้องทุกข้อ	2		

ชื่อร้าน..... วันที่ตรวจประเมิน.....

รายการ	รายละเอียดการตรวจ	เกณฑ์การให้คะแนน	ค่าน้ำหนัก	คะแนน	หมายเหตุ
5.5 ไม่มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (Critical Defect)	<div><input type="radio"/> ไม่มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ</div> <div><input type="radio"/> ไม่มีการจำหน่ายเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์</div>	<div><input type="radio"/> 0 = ไม่สอดคล้องทุกข้อ</div> <div><input type="radio"/> 2 = สอดคล้องทุกข้อ</div>	2		กรณี ไม่สอดคล้อง ถือเป็น ข้อบกพร่อง วิกฤต
			คะแนนเต็ม		100
คะแนนที่ได้.....คะแนน คะแนนเต็ม.....คะแนน คิดเป็นร้อยละ..... คะแนนรวมทุกข้อไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 และจะต้องไม่ตรวจพบข้อบกพร่องวิกฤต (Critical Defect )					

### สรุปผลการประเมิน

1. สิ่งที่ต้องปรับปรุง และระยะเวลาแล้วเสร็จ.....

2. ความคิดเห็นของผู้ประเมินต่อการให้อนุญาต.....

ผู้รับอนุญาตและเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต่างทราบตรงกันเกี่ยวกับการที่เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการจะต้องมาปฏิบัติหน้าที่ ณ ร้านยา ตามเวลาที่ระบุอย่างเคร่งครัด

.....  
 (.....)  
 ผู้ขอรับอนุญาต

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

ในการตรวจครั้งที่ เจ้าหน้าที่ได้ทำให้ทรัพย์สินของผู้ประกอบธุรกิจ สูญหาย หรือเสียหาย แต่อย่างไรก็ตาม อ่านให้ฟังแล้ว/อ่านเอง รับรองว่าถูกต้องจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

.....  
 (.....)  
 ผู้ขอรับอนุญาต

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

.....  
 (.....)  
 ผู้ประเมิน 1

.....  
 (.....)  
 ผู้ประเมิน 2

.....  
 (.....)  
 พยาน

.....  
 (.....)  
 พยาน

## แบบติดภาพถ่ายร้านขายยา

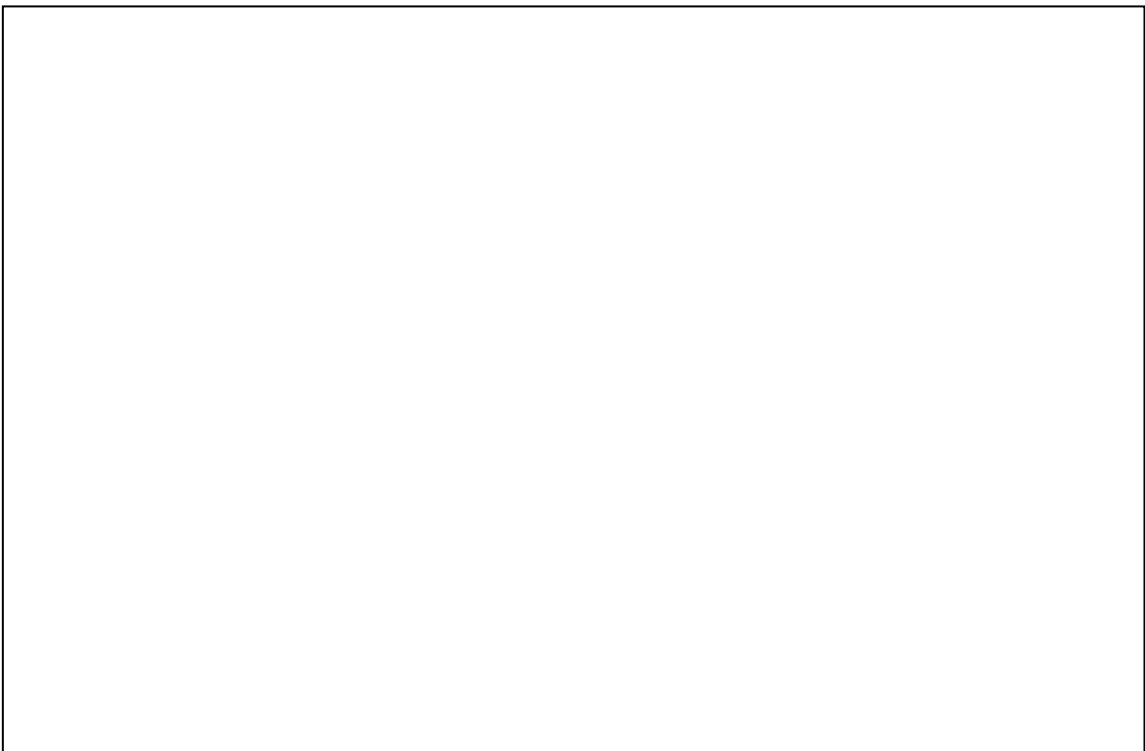
ชื่อร้าน/บริษัท .....

ที่อยู่ .....

.....



1. ภาพลักษณะของอาคารที่ขออนุญาต (ภาพถ่ายบริเวณอาคารเป็นมุมกว้าง)



2. รูปถ่ายด้านหน้าร้านขายยา (ให้เห็นป้ายชื่อสถานที่ และเลขที่ของสถานที่)

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ลงชื่อ.....

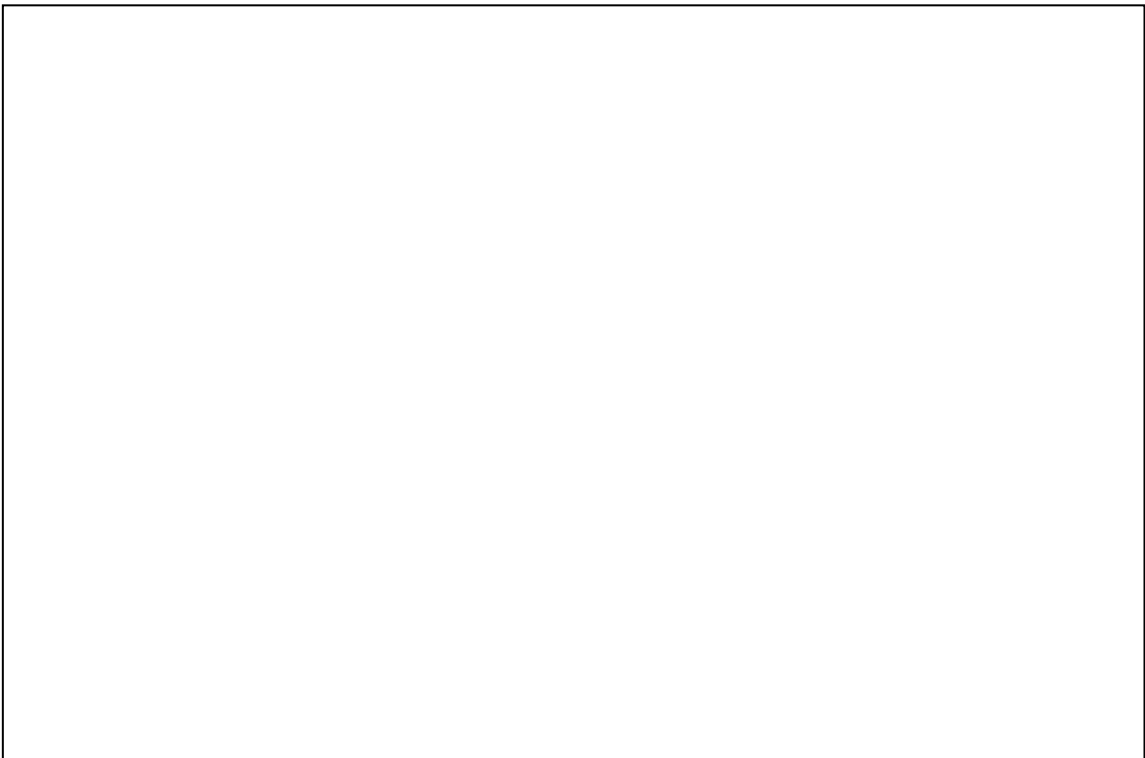
ชื่อร้าน/บริษัท .....

ที่อยู่ .....

.....



3. รูปถ่ายป้ายแสดงสถานที่ประกอบการ และป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ



4. รูปถ่ายบริเวณปฏิบัติหน้าที่ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (พร้อมป้ายแสดง)

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ลงชื่อ.....

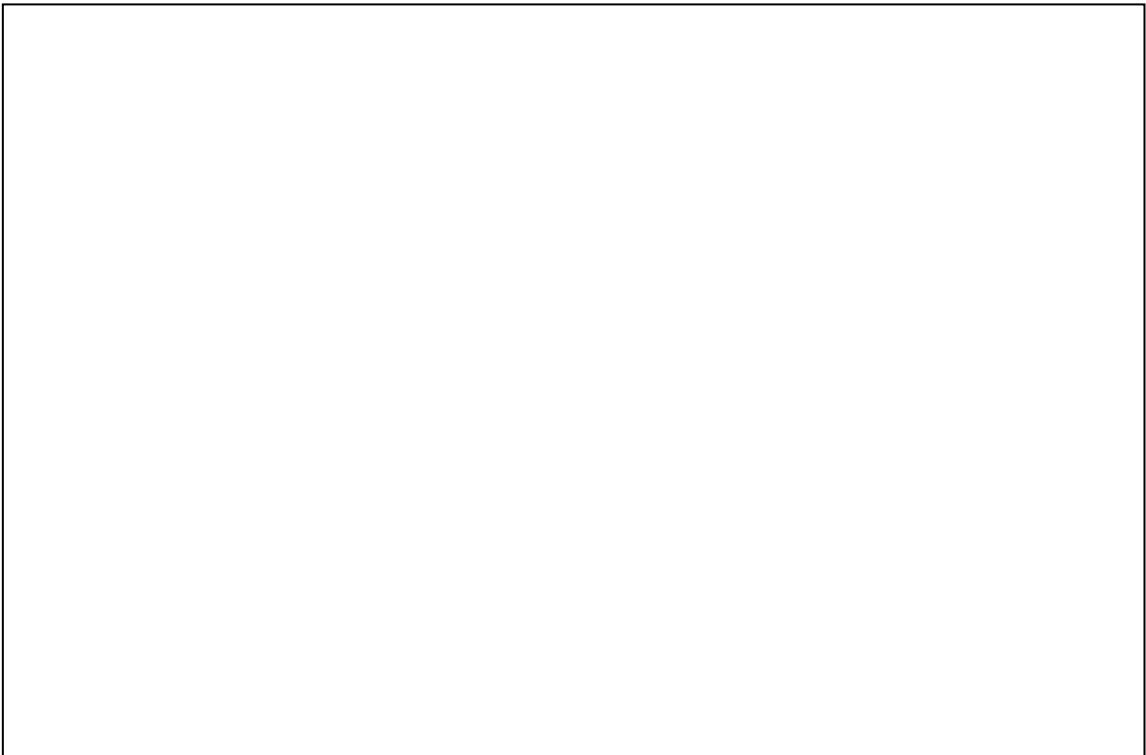
ชื่อร้าน/บริษัท .....

ที่อยู่ .....

.....



5. รูปถ่ายแสดงมานหรือวัตถุที่บแสงสำหรับปิดบังบริเวณ “ส่วนให้บริการโดยเภสักร” พร้อมแสดงข้อความ “ขณะนี้เภสักรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ ไม่สามารถจ่ายยาบริเวณนี้ได้” โดยป้ายข้อความติดถวที่ขอบตู้ด้านบน



6. รูปถ่ายของบรรจุยาทุกชนิด และฉลากยาที่มีการระบุชื่อร้าน ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง  
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน/บริษัท .....

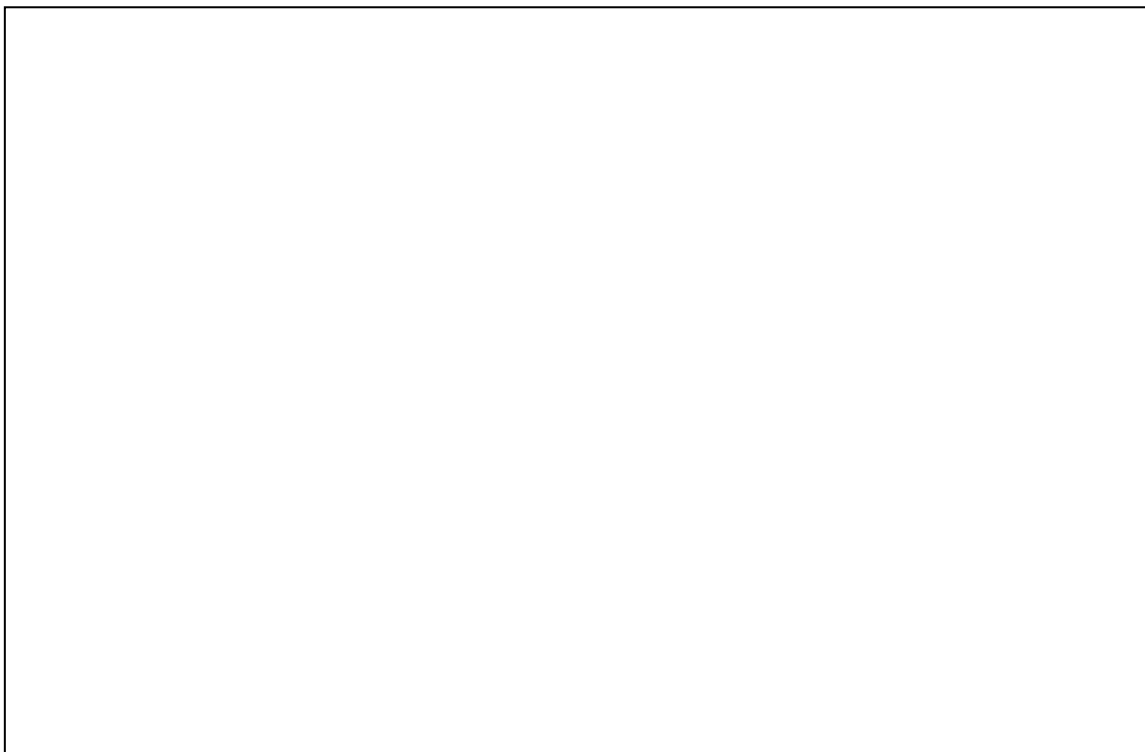
ที่อยู่ .....

.....

## 7. อุปกรณ์ที่ใช้ในร้านขายยา และการรักษาคุณภาพยา



### 7.1 ตู้เย็น



### 7.2 ถาดนับเม็ดยา 2 ถาด พร้อมติดป้ายแสดง

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง  
ลงชื่อ.....

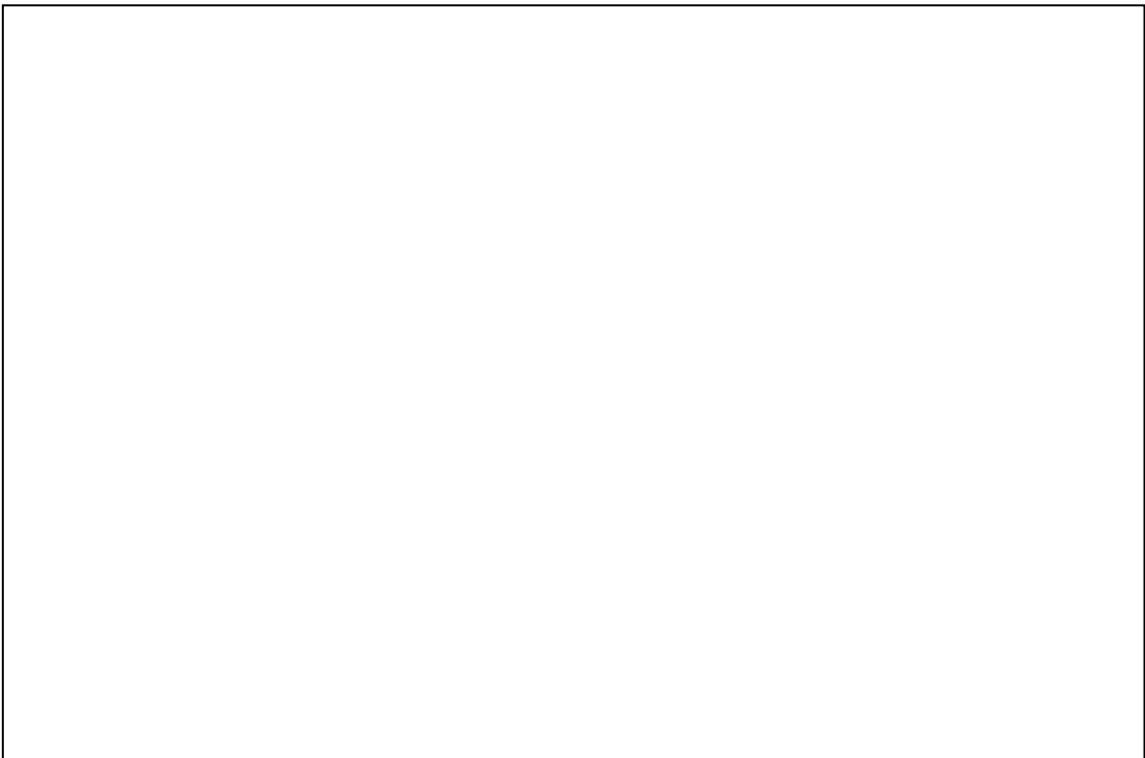
ชื่อร้าน/บริษัท .....

ที่อยู่ .....

.....



### 7.3 เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ



### 7.4 เครื่องชั่งน้ำหนัก

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง  
ลงชื่อ.....

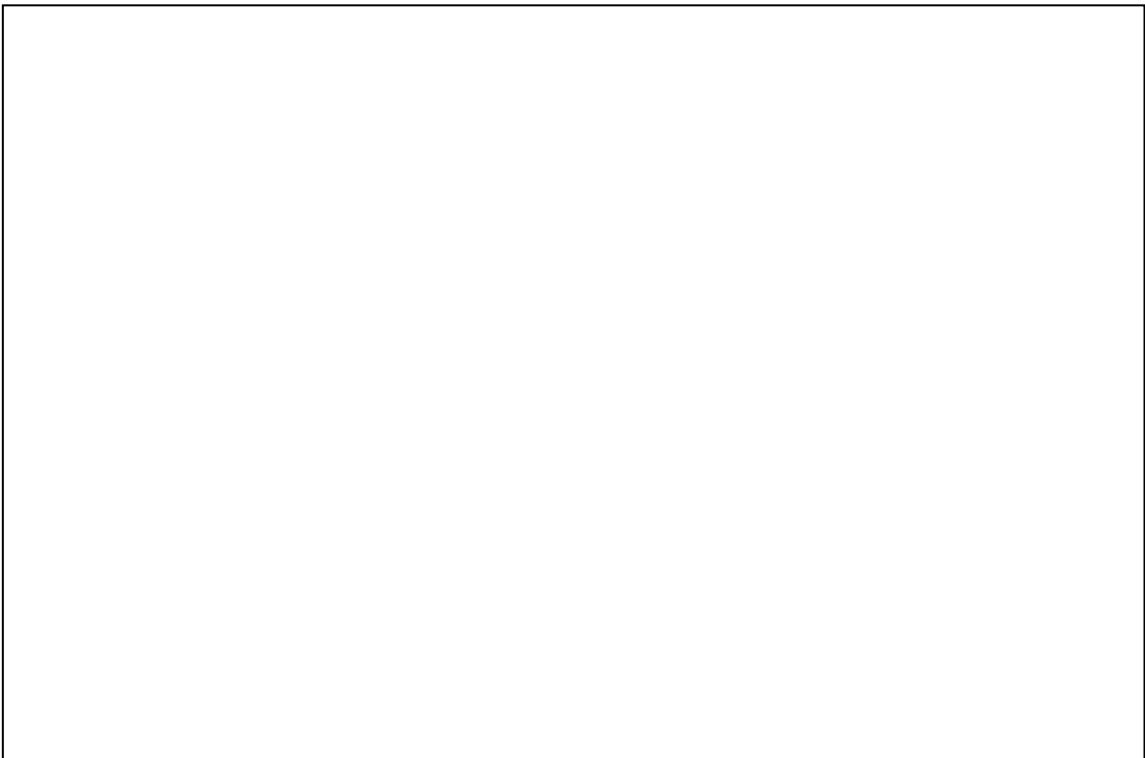
ชื่อร้าน/บริษัท .....

ที่อยู่ .....

.....



7.5 ที่วัดสวนสูง



7.6 อุปกรณ์สำหรับดับเพลิง

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง  
ลงชื่อ.....



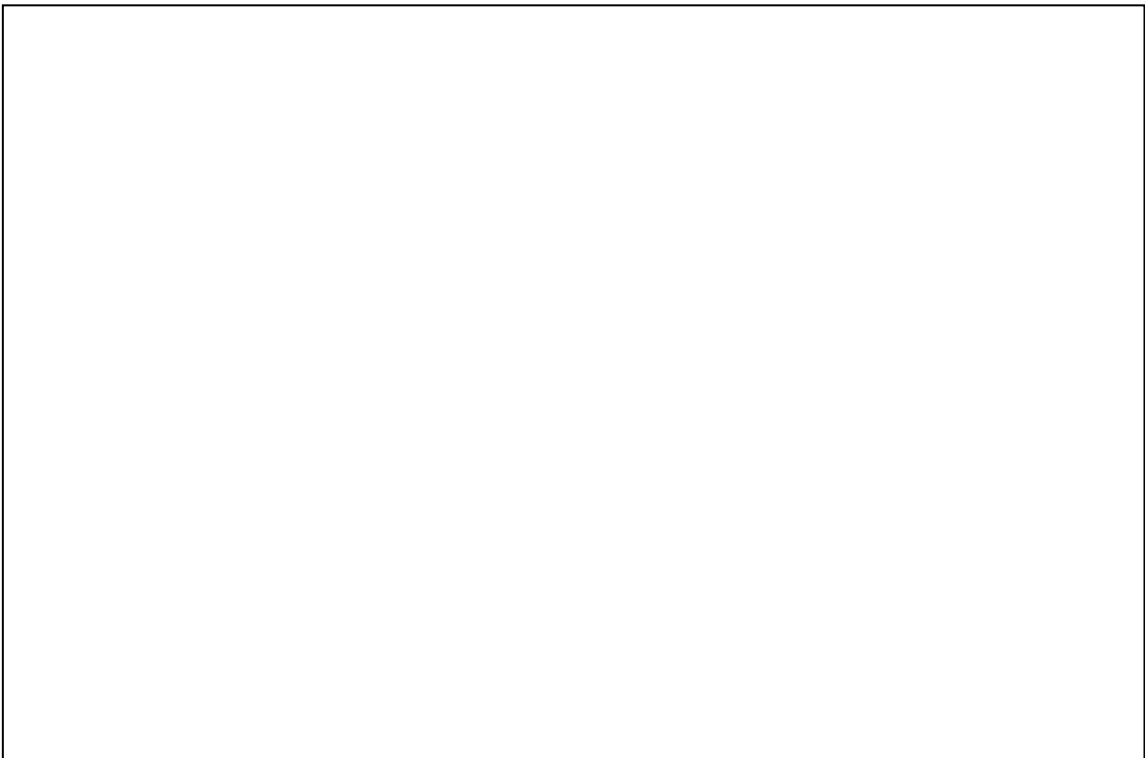
ชื่อร้าน/บริษัท .....

ที่อยู่ .....

.....



8. รูปถ่ายบริเวณจุดบริการตนเอง



9. รูปถ่ายห้องหรือบริเวณเก็บสำรongs

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง  
ลงชื่อ.....

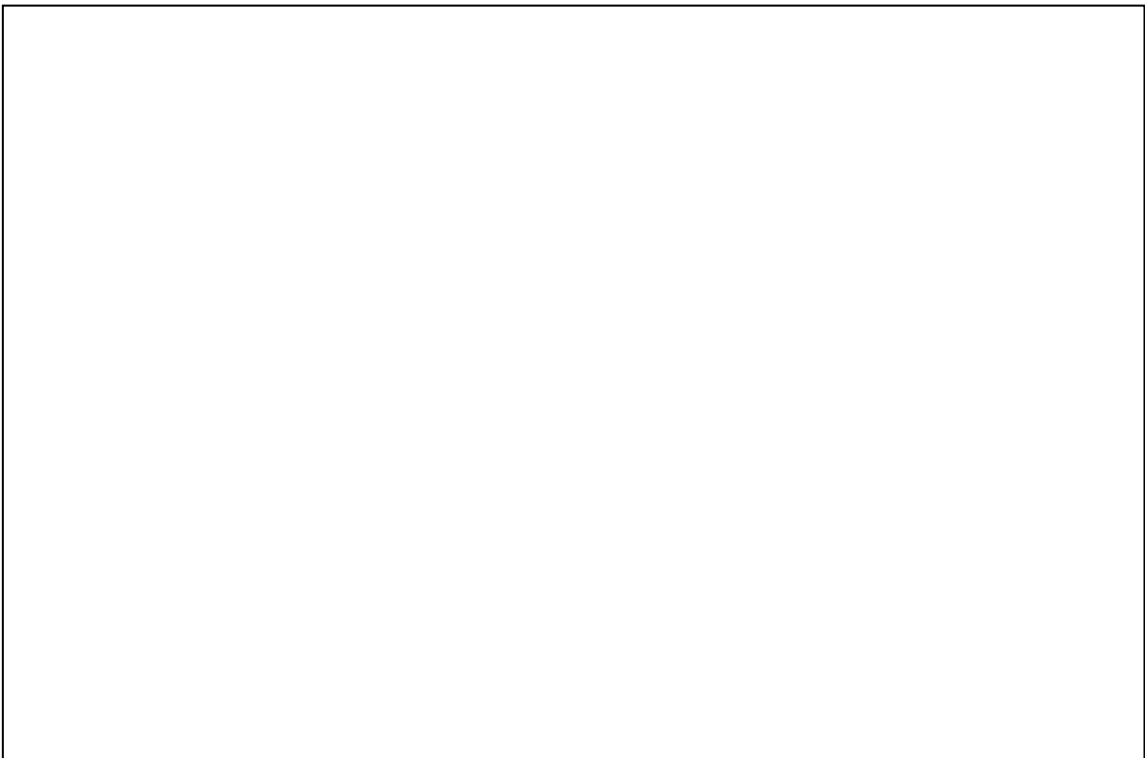
ชื่อร้าน/บริษัท .....

ที่อยู่ .....

.....



10. รูปถ่ายโต๊ะให้คำปรึกษาพร้อมทั้งป้ายแสดง



11. รูปถ่ายแบบบัญชีต่างๆตามที่กฎกระทรวงกำหนด

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง  
ลงชื่อ.....

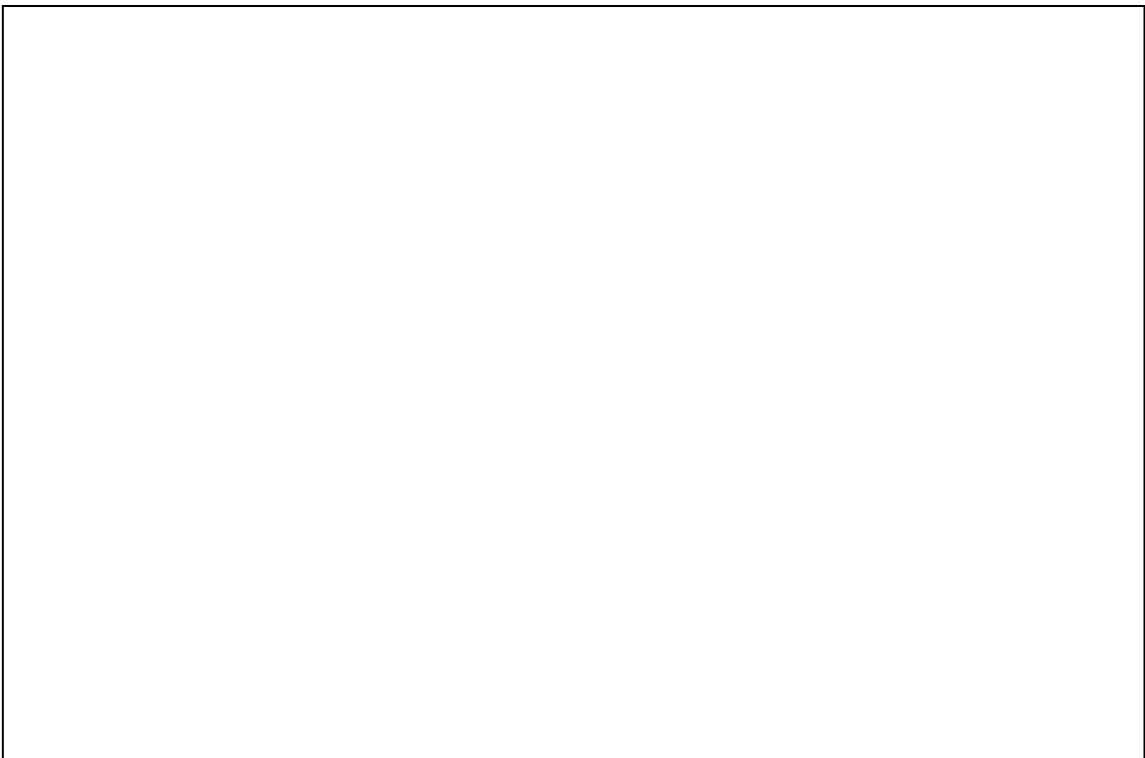
ชื่อร้าน/บริษัท .....

ที่อยู่ .....

.....



12. เกสร์ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (สวมเสื้อกาวน์สีขาว ติดเครื่องหมายสัญลักษณ์ของสภาเภสัชกรรม)



13. เครื่องปรับอากาศ

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง  
ลงชื่อ.....

# หนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน

เขียนที่.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

- ☐ ผู้รับอนุญาต    ☐ ผู้ดำเนินการ    ☐ ผู้ขออนุญาต  
☐ ขยายแผนปัจจุบัน    ☐ นำหรือสั่งยาแผนปัจจุบันฯ    ☐ ผลิทยาแผนปัจจุบัน  
☐ ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ  
☐ ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์  
☐ ขยายแผนโบราณ    ☐ นำหรือสั่งยาแผนโบราณฯ    ☐ ผลิทยาแผนโบราณ

ของ ร้าน/หจก./หสน./บริษัท.....

ใบอนุญาตเลขที่.....ตั้งอยู่.....

ขอมอบอำนาจให้.....

☐ บัตรประจำตัวประชาชน    ☐ บัตรประจำตัวข้าราชการ เลขที่.....

ออกให้โดย.....บัตรหมดอายุ.....

เป็นผู้กระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการเกี่ยวกับการขออนุญาต การรับใบอนุญาต การต่อใบอนุญาต การลงนามเป็นผู้ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต การแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาต และกิจการอื่นใดทุกประการ เกี่ยวกับการประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา สำหรับใบอนุญาตดังกล่าวข้างต้น

การใดที่รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายใต้ขอบเขตแห่งการมอบอำนาจนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบและมีผลผูกพันข้าพเจ้าทุกประการ ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)

ติด  
อากรแสตมป์  
30 บาท

หนังสือมอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ

เขียนที่.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....(ชื่อและประเภทนิติบุคคล)  
สำนักงานใหญ่ ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
โดยมี.....เป็นผู้มีอำนาจจัดการแทนนิติบุคคล ปรากฏตามหนังสือรับรอง  
การจดทะเบียนนิติบุคคล กระทรวงพาณิชย์ เลขที่.....ลงวันที่.....  
ขอมอบอำนาจและแต่งตั้งให้.....  
เป็นผู้ดำเนินการและมีอำนาจกระทำการ หรือมอบอำนาจให้กระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการเกี่ยวกับการขอ  
อนุญาต การรับใบอนุญาต การต่ออายุใบอนุญาต และกิจการอื่นใดทุกประการเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา  
ไม่รวมถึงการแจ้งเลิกกิจการและการขอเปลี่ยนผู้รับอนุญาต.....

(หมายถึงประเภทใบอนุญาต)

การใดที่ผู้ดำเนินการและผู้รับมอบอำนาจดังกล่าว ได้กระทำไปภายใต้ขอบเขตแห่งการมอบอำนาจนี้  
ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบและมีผลผูกพันข้าพเจ้าทุกประการ ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่.....

ติด  
อากรแสตมป์  
30 บาท

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ  
(.....)  
(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ  
(.....)  
(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)  
(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)  
(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)

หมายเหตุ 1. ใช้หนังสือมอบอำนาจนี้ 1 ฉบับ สำหรับใบอนุญาต 1 ประเภท (สำหรับนิติบุคคล)  
2. การมอบอำนาจต้องทำตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล