

รายการเอกสารประกอบการต่ออายุของใบอนุญาตนำหรือสั่งยาแผนปัจจุบันเข้ามาในราชอาณาจักร

เอกสารสำหรับผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ

๑. แบบ น.ย. ๙ (นำหรือสั่งยาแผนปัจจุบันเข้ามาในราชอาณาจักร) โดยกรอกข้อมูลให้ถูกต้องและครบถ้วน และให้ผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินการ เป็นผู้ลงลายมือชื่อในแบบคำขอต่ออายุเท่านั้น	<input type="checkbox"/>
๒. ใบอนุญาตฉบับจริง หรือ ใบแทนใบอนุญาต	<input type="checkbox"/>
๓. ใบรับรองแพทย์ที่ออกให้ไม่เกิน ๓ เดือน *ต้องระบุไม่เป็นโรคต้องห้าม ๕ โรค* ตามประกาศฉบับที่ ๒ พ.ศ.๒๕๖๒ ของผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินการ	<input type="checkbox"/>
๔. รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้วครึ่ง ถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน ของผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินการ จำนวน ๓ รูปต่อใบอนุญาต ๑ ฉบับ มาด้วย (กรณี ใบอนุญาตไม่มีช่องสำหรับต่ออายุปี พ.ศ.๒๕๖๒) เพื่อออกใบใหม่แทนใบเดิม	<input type="checkbox"/>
๖. กรณีนิติบุคคล ใช้หนังสือมอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ พร้อมติดอากร ๓๐ บาทพร้อมสำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคลของกระทรวงพาณิชย์ บัตรประชาชนผู้มอบและผู้รับมอบ)	<input type="checkbox"/>
๗. กรณี ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ ไม่สามารถมาดำเนินการด้วยตนเองให้เตรียมเอกสารเพิ่มเติมดังนี้ ๗.๑ หนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน ติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท ๗.๒ สำเนาบัตรประชาชนผู้มอบอำนาจ (ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง	<input type="checkbox"/>

เอกสารสำหรับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

๑. คำรับรองผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ(แบบ น.ย. ๗) สำหรับใบอนุญาตนำหรือสั่งยาแผนปัจจุบันฯ	<input type="checkbox"/>
๒. ใบรับรองแพทย์ที่ออกให้ไม่เกิน ๓ เดือน *ต้องระบุไม่เป็นโรคต้องห้าม ๕ โรค* ตามประกาศฉบับที่ ๒ พ.ศ.๒๕๖๒ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (ทุกคน ถ้ามีหลายคน)	<input type="checkbox"/>

หมายเหตุ* : ใบรับรองแพทย์ระบุโรคต้องห้ามตามกฎหมาย ได้แก่ โรคเรื้อน, โรคพิษสุราเรื้อรัง, โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง, โรคทำซ้ำในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจของสังคม และโรคฉี่หนูในระยะอันตราย

เพื่อความสะดวกรวดเร็ว กรุณาตรวจสอบเอกสารให้ครบถ้วน ก่อนยื่นขอต่ออายุ
กรณีไม่ประสงค์ต่ออายุใบอนุญาต ให้ผู้รับอนุญาตนำใบอนุญาตฉบับจริง
พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน มาทำเรื่องขอยกเลิก
ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ก่อนสิ้นปี พ.ศ.๒๕๖๒

เลขที่.....

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ

คำขอต่ออายุใบอนุญาต นำหรือส่งยาแผนปัจจุบันเข้ามาในราชอาณาจักร

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

(ชื่อผู้ขออนุญาต)

ซึ่งมีผู้ดำเนินการ ชื่อ.....

ได้รับอนุญาตให้นำหรือส่งยาแผนปัจจุบันเข้ามาในราชอาณาจักรตามใบอนุญาตที่

ณ สถานที่นำหรือส่งยา ชื่อ

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

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

จังหวัด.....โทรศัพท์..... เวลาทำการ

ขอต่ออายุใบอนุญาตดังกล่าว เพื่อใช้ต่อไปในปี พ.ศ.

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

(๑) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งรับรองว่าผู้ดำเนินการไม่เป็นโรค

ตามมาตรา ๑๔ (๖) แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

(๒) ใบอนุญาตนำหรือส่งยาแผนปัจจุบันเข้ามาในราชอาณาจักรหรือใบแทน

(๓) เอกสารแสดงว่าเป็นผู้จัดการหรือผู้แทน ซึ่งเป็นผู้ดำเนินการของนิติบุคคล

(กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)

(๔) เอกสารอื่นๆ ถ้ามี

(ลายมือชื่อ)ผู้ยื่นคำขอ

หนังสือมอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....

(ชื่อและประเภทนิติบุคคล) สำนักงานใหญ่ ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....หมู่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....โดยมี.....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการแทนนิติบุคคล ปรากฏตามหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล กระทรวงพาณิชย์
เลขที่.....ลงวันที่.....ขอมอบอำนาจและแต่งตั้งให้

.....เป็นผู้ดำเนินการและมีอำนาจกระทำการ หรือมอบ

อำนาจให้กระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการเกี่ยวกับการขออนุญาตการรับใบอนุญาตการต่ออายุใบอนุญาต

และกิจการอื่นใดทุกประการเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา **ไม่รวมถึงการแจ้งเลิกกิจการและ**

การขอเปลี่ยนผู้รับอนุญาต.....

(หมายถึงประเภทใบอนุญาต)

การใดที่ผู้ดำเนินการและผู้รับมอบอำนาจดังกล่าว ได้กระทำไปภายใต้ขอบเขตแห่งการ
มอบอำนาจนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองและรับผิดชอบและมีผลผูกพันข้าพเจ้าทุกประการ ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่.....

(ลงชื่อ)..... มอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ

(.....)

(ลงชื่อ)..... มอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ

(.....)

(อากรแสตมป์30 บาท)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หมายเหตุ

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

หนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

- ☐ ผู้รับอนุญาต ☐ ผู้ดำเนินกิจการ ☐ ผู้ขออนุญาต
☐ ขยายแผนปัจจุบัน ☐ นำหรือสั่งยาแผนปัจจุบัน ฯ ☐ ผลิทยาแผนปัจจุบัน
☐ ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
☐ ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์
☐ ขยายแผนโบราณ ☐ นำหรือสั่งยาแผนโบราณ ฯ ☐ ผลิทยาแผนโบราณ

ของ ร้าน / หจก. / หสน.บริษัท.....

ใบอนุญาตเลขที่.....ตั้งอยู่ที่.....

ขอมอบอำนาจให้.....

☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ บัตรประจำตัวข้าราชการ เลขที่.....

ออกให้โดย.....บัตรหมดอายุ.....

เป็นผู้กระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการเกี่ยวกับ การขออนุญาต การรับใบอนุญาต การต่อใบอนุญาต
ลงนามเป็นผู้ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต การแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาต และกิจการอื่นใดทุกประการ
เกี่ยวกับการประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา สำหรับใบอนุญาตดังกล่าวข้างต้น

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายใต้ขอบเขตแห่งการมอบอำนาจนี้ ข้าพเจ้าขอ
รับผิดชอบและมีผลผูกพันข้าพเจ้าทุกประการ ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

ปิด
อากรแสตมป์
10 บาท

คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

แบบ น.ย. ๗

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....

อยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

จังหวัด.....โทรศัพท์.....ขอให้คำรับรองต่อพนักงานเจ้าหน้าที่กองควบคุมยา

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ว่า

(๑) ข้าพเจ้าเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเภสัชกรรม ใบอนุญาต
เลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

☐ ไม่เคยเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแห่งใด

(๒) ข้าพเจ้า.....มาก่อน

☐ เคยเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา.....แห่งพระราชบัญญัติยา

พ.ศ. ๒๕๑๐ ของ.....จังหวัด.....มาก่อน แต่ได้เลิก
(ชื่อสถานที่)
การเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ณ สถานที่ดังกล่าวตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(๓) ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขณะนี้ข้าพเจ้ามิได้เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา
แห่งใด

(๔) ขณะนี้ข้าพเจ้า ☐ ไม่ได้รับราชการหรือทำงานอยู่แห่งใด
☐ รับราชการหรือทำงานประจำอยู่ที่.....
เวลาทำการ.....

(๕) ข้าพเจ้าจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำ ณ สถานที่นำหรือส่งยาแผนปัจจุบันเข้ามาใน
ราชอาณาจักรชื่อ.....อยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

☐ ตลอดเวลาที่เปิดทำการ

☐ เวลาทำการ.....

ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าอาจถูกดำเนินคดีฐานแจ้งความเท็จต่อ
เจ้าพนักงาน

คำรับรองนี้ทำต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

(ลายมือชื่อ).....ผู้ให้คำรับรอง

(ลายมือชื่อ).....พนักงานเจ้าหน้าที่

หมายเหตุ :- ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

อัตราค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาต

ประเภทใบอนุญาต	ค่าธรรมเนียม (บาท)
นำหรือส่งยาแผนปัจจุบันเข้ามาในราชอาณาจักร	๑๐,๐๐๐
ขายยาแผนปัจจุบัน	๒,๐๐๐
ขายส่งยาแผนปัจจุบัน	๑,๕๐๐
ขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือควบคุมพิเศษ	๑,๐๐๐
ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์	๑,๐๐๐
นำหรือส่งยาแผนโบราณเข้ามาในราชอาณาจักร	๕,๐๐๐
ผลิตยาแผนโบราณ	๑,๐๐๐
ขายยาแผนโบราณ	๓๐๐
ขายวัตถุออกฤทธิ์ประเภท ๓ หรือประเภท ๔	๑,๐๐๐
ขายวัตถุออกฤทธิ์โดยการขายส่งตรง	๑๐๐
จำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท ๓	๑,๐๐๐
ให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์	๕๐๐

อัตราค่าคำขอต่ออายุใบอนุญาต

ประเภทคำขอ	ค่าคำขอ (บาท)
คำคำขอต่ออายุใบอนุญาตด้านยา	๕๐๐
คำคำขอต่ออายุใบอนุญาตด้านยาเสพติดฯ	๓๐๐
คำคำขอต่ออายุใบอนุญาตด้านวัตถุออกฤทธิ์	๓๐๐
ค่าตรวจประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน GPP (เฉพาะ ขย. ๑ เท่านั้น)	๒,๐๐๐
ค่าคำขอแก้ไขรายการในใบอนุญาตฯ	๓๐๐