คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

วันที่ เดือน พ.ศ. ข้าพเจ้า อายุ ปี สัญชาติ เลชที่บัตรประชาชน				เขียนที่	
เลขที่บัตรประชาชน			วันที่ ₋		
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ ตรอก / ซอย ถนน ถ้าเภอ / เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ E mail ท่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ตาบล / แขวง ถ้าเภอ / เขต ถนน หมู่ที่ ตำบล / แขวง ถ้าเภอ / เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรศัพท์ โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ E mail ขอให้คำรับรองต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ว่า	ข้าพเจ้า.			อายุ	ปี สัญชาติ
หมู่ที่ ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต จังหวัด โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ E mail ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ตรอก / ซอย ถนน หมู่ที่ ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ E mail ขอให้คำรับรองต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ว่า ผู้ประกอบวิชาชีพ E mail (๑) ข้าพเจ้าเป็น ผู้สำเร็จหลักสูตรการอบรมตามมาตรา ๔๘ แห่งพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๒๒ (เฉพาะสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ ใบประกอบวิชาชีพ / หนังสือรับรอง เลขที่ ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ. วันหมดอายุ (ถ้ามี). (๒) ข้าพเจ้าไม่อยู่ระหว่างการพักใช้ใบประกอบวิชาชีพ (๓) ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขณะนี้ข้าพเจ้ามีได้เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแห่งใด					
 จังหวัดรหัสไปรษณีย์	•				
โทรศัพท์มือถือ	-				
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่	จังหวัด		รหัสไปรษณีย์	โท	รศัพท์
หมู่ที่ ดำบล / แขวง อำเภอ / เขต ขั้งหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ E mail ขอให้คำรับรองต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ว่า ผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้สำเร็จหลักสูตรการอบรมตามมาตรา ๔๘ แห่งพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๒๒ (เฉพาะสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุณพิเศษ ใบประกอบวิชาชีพ / หนังสือรับรอง เลขที่ ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ. วันหมดอายุ (ถ้ามี) ข้าพเจ้าไม่อยู่ระหว่างการพักใช้ใบประกอบวิชาชีพ (๓) ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขณะนี้ข้าพเจ้ามิได้เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแห่งใด	โทรศัพท์มือถือ		E r	mail	
 จังหวัดรหัสไปรษณีย์ E mail	ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่	ตรอก / ซอย	(านน	
โทรศัพท์มือถือ E mail	หมู่ที่	ตำบล / แขวง	อำ	.ภอ / เขต	
ขอให้คำรับรองต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ว่า	จังหวัด		รหัสไปรษณีย์	โท	รศัพท์
ผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้สำเร็จหลักสูตรการอบรมตามมาตรา ๔๘ แห่งพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๒๒ (เฉพาะสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ ใบประกอบวิชาชีพ / หนังสือรับรอง เลขที่	โทรศัพท์มือถือ		E r	nail	
(๑) ข้าพเจ้าเป็น ผู้สำเร็จหลักสูตรการอบรมตามมาตรา ๔๘ แห่งพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๒๒ (เฉพาะสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ ใบประกอบวิชาชีพ / หนังสือรับรอง เลขที่	ขอให้คำรับรองต่อพเ	_ไ กงานเจ้าหน้าที่ว่า			
(เฉพาะสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ ใบประกอบวิชาชีพ / หนังสือรับรอง เลขที่		ผู้ประกอบวิชาชีพ			
ใบประกอบวิชาชีพ / หนังสือรับรอง เลขที่	(๑) ข้าพเจ้าเป็น	0			
ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ. วันหมดอายุ (ถ้ามี) (๒) ข้าพเจ้าไม่อยู่ระหว่างการพักใช้ใบประกอบวิชาชีพ (๓) ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขณะนี้ข้าพเจ้ามิได้เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแห่งใด			1	1	1
(๒) ข้าพเจ้าไม่อยู่ระหว่างการพักใช้ใบประกอบวิชาชีพ (๓) ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขณะนี้ข้าพเจ้ามิได้เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแห่งใด					
(๓) ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขณะนี้ข้าพเจ้ามิได้เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแห่งใด				(v. 1647 <u>-</u>	
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	•			องสถานที่ประกอ	บบธรกิจเกี่ยวกับยาแห่งใด
(C) OPEN ROLLMENT PREMISORILITANISOLITIEN PROPERTY (C)		_	· ·		•
·	(G) DEROROLMENT			ŭ	
🗖 รับราชการหรือทำงานอยู่ที่					
เวลาราชการ / เวลาทำงาน	ر ما عالم العالم ا	เวลา	ราชการ / เวลาทางาน		
(๕) ข้าพเจ้าจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำ ณ สถานที่ขายยาชื่อ					
ตั้งอยู่เลขที่ ตรอก / ซอย ถนน	ตงอยูเลขท	ตรอก / ซอย	ถน	น	
หมู่ที่ อำเภอ / เขต	•				
จังหวัดรหัสไปรษณีย์โทรศัพท์ เวลาปภิบัติการ		รห์สโบ	ไรษณย	เทรศพท่	

(๖) ข้าพเจ้ารับทราบและจะปฏิบัติตามหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวกับยากำหนดไว้ ตลอดระยะเวลาที่ข้าพเจ้าเป็น	U
ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่แห่งนี้โดยเคร่งครัด	
ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ	
(๑)สำเนาทะเบียนบ้าน	
(๒)สำเนาบัตรประชาชน	
	_

- (๓)คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน พร้อมตราประทับในกรณีรับราชการหรือทำงาน (ตามแบบฟอร์มที่สำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยากำหนด)
- (๔)เอกสารอื่น ๆ (ถ้าจำเป็น)

ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อ เจ้าพนักงาน

กรณีการขอใบอนุญาตใหม่ ให้ทำคำรับรองนี้ต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

(ลายมือชื่อ)	ผู้ให้คำรับรอง
(ลายมือชื่อ)	ุ้ พนักงานเจ้าหน้าที่

หมายเหตุ :-ใส่เครื่องหมาย	✓ ในช่อง	หน้าข้อความที่ต้องการ	

คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน

เพื่อเป็นหลักฐานประกอบคำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (แบบ ข.ย.๑๔)ในการเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในร้านขายยา ตาม กฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. ๒๕๕๖

		เขียนที่	
	วันที่	เดือน	
เรียน นายแพทย์สาธารณ	สุขจังหวัด		
	ข้าพเจ้า		
ตำแหน่ง		น่วยงาน	
ตั้งอยู่ ณ เลขที่	หมู่บ้าน/อาคาร	ตรอก/ซอย	J
หมู่ที่ถนน	ทำบล/แขวง	อำเภ	เอ/เขต
	โทรศัพท์)
E-mail			
	เป็นผู้บังคับบัญชา/หัวหน้างาน	เ ของ	
	เวลา	ow .	
ā.	าสัชกร ดังกล่าว จะมาปฏิบัติหเ		•
ตั้งอยู่ที่		ในเวล	าน.
	จึงเรียนมาเพื่อทราบ		
	୩.ଜ	าแสดงความนับถือ	
		100011111111111111111111111111111111111	
(ตราประทับหน่วยงาน			
(พร.เกร.กกหรายง.เท	()
	•		
เฉพาะกรณีที่เภสัชกรไม่	ได้รับราชการ หรือ ทำงานประจ	ำ (ให้กรอกข้อความ อ่านและ	 ลงนามข้างล่างนี้)
ทั้งนี้ข้าพเจ้าทราบดีว่าหาก	คำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้	าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐ	านแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน
		ลงชื่อ	
		()
		เภส์ชกรผู้:	มีหน้าที่ปฏิบัติการ