

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

รายการเอกสารประกอบการต่ออายุของใบอนุญาต ขยายยาแผนปัจจุบัน ขยายส่งยาแผนปัจจุบัน ขยายยาแผนปัจจุบัน เฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ และขยายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์

เอกสารสำหรับผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ

๑. คำขอต่ออายุใบอนุญาตฯ (แบบ ข.ย. ๑๕) ให้กรอกข้อมูลให้ถูกต้องและครบถ้วน โดยให้ผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินการลงลายมือชื่อในแบบคำขอต่ออายุฯ เท่านั้น	<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.๒๕๖๓) เพื่อออกใบใหม่แทนใบเดิม	<input type="checkbox"/>
๕. เอกสารแสดงการเป็น “ร้านยาคุณภาพ” หรือ ผลการตรวจประเมิน GPP (เฉพาะ ขย. ๑ เท่านั้น) ทั้งนี้ สามารถตรวจสอบข้อมูลผลการตรวจประเมิน GPP ได้ ณ กลุ่มงานคุ้มครองฯ	<input type="checkbox"/>
๖. ก. <u>รับรองการจดทะเบียนนิติบุคคลของกระทรวงพาณิชย์ บัตรประชาชนผู้มอบและผู้รับมอบอำนาจ</u>	<input type="checkbox"/>
๗. กรณี ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ ไม่สามารถมาดำเนินการด้วยตนเองให้เตรียมเอกสารเพิ่มเติมดังนี้ ๗.๑ หนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน ติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท ๗.๒ สำเนาบัตรประชาชนผู้มอบอำนาจ (ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ๗.๓ ให้แสดงบัตรประชาชน(ตัวจริง) ของผู้มาทำการแทนต่อหน้าเจ้าหน้าที่	<input type="checkbox"/>

เอกสารสำหรับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

๑. คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (แบบ ข.ย. ๑๕) ต้องกรอกข้อมูลครบทั้ง ๓ หน้า พร้อมประทับตราหน่วยงานที่สังกัดหรือบริษัทผู้จ้างของเภสัชกร	<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

เลขรับที่

วันที่

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำ

คำขอต่ออายุใบอนุญาต

- ☐ ขยายแผนปัจจุบัน
- ☐ ขยายส่งยาแผนปัจจุบัน
- ☐ ขยายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่
ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
- ☐ ขยายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า

(ชื่อผู้รับอนุญาต)

มีผู้ดำเนินการ ชื่อ..... (เฉพาะกรณีนิติบุคคล)

เลขที่บัตรประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ได้รับอนุญาตให้ขยาย.....

ใบอนุญาตเลขที่..... ณ สถานที่ขยายชื่อ.....

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

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

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

ขอต่ออายุใบอนุญาตดังกล่าว เพื่อใช้ต่อไปในปี พ.ศ.....

ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามมาตรา ๑๔ ของพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ ซึ่งไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
และข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

- (๑) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับรองว่าผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินการสุขภาพแข็งแรงและ
ไม่เป็นโรคตามมาตรา ๑๔ (๖) แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐
- (๒) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับรองว่าผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการมีสุขภาพแข็งแรงสามารถประกอบวิชาชีพได้
- (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

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. ๒๕๖๒
(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 (ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด)

(๔) เอกสารอื่น ๆ (ถ้าจำเป็น)

ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

กรณีการขอใบอนุญาตใหม่ ให้ทำคำรับรองนี้ต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

(ลายมือชื่อ).....ผู้ให้คำรับรอง

(ลายมือชื่อ).....พนักงานเจ้าหน้าที่

คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน
เพื่อเป็นหลักฐานประกอบคำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในการเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในร้านขายยา
ตามกฎหมายกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. ๒๕๕๖

เขียนที่
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....

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 และปฏิบัติงานในตำแหน่งประจำ

คือ..... สังกัด (แผนก/ฝ่าย)

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

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ



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

ตำแหน่ง.....

เฉพาะกรณีที่เภสัชกรไม่ได้รับราชการ หรือ ทำงานประจำ (ให้กรอกข้อความ อ่านและลงนามข้างล่างนี้)

ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่ได้รับราชการหรือทำงานประจำที่ใด
ทั้งนี้ข้าพเจ้าทราบว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

ลงชื่อ.....

(.....)

เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

หนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

- ☐ ผู้รับอนุญาต ☐ ผู้ดำเนินกิจการ ☐ ผู้ขออนุญาต
☐ ขยายแผนปัจจุบัน ☐ นำหรือสั่งยาแผนปัจจุบัน ฯ ☐ ผลิตยาแผนปัจจุบัน
☐ ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
☐ ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์
☐ ขยายแผนโบราณ ☐ นำหรือสั่งยาแผนโบราณ ฯ ☐ ผลิตยาแผนโบราณ

ของ ร้าน / หจก. / หสน. / บริษัท.....

ใบอนุญาตเลขที่..... ตั้งอยู่ที่.....

.....

ขอมอบอำนาจให้.....

☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ บัตรประจำตัวข้าราชการ เลขที่.....

ออกให้โดย.....บัตรหมดอายุ.....

เป็นผู้กระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการเกี่ยวกับ การขออนุญาต การรับใบอนุญาต การต่อใบอนุญาต
ลงนามเป็นผู้ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต การแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาต และ กิจการอื่นใดทุกประการ
เกี่ยวกับการประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา สำหรับใบอนุญาตดังกล่าวข้างต้น

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายใต้ขอบเขตแห่งการมอบอำนาจนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบ
และมีผลผูกพันข้าพเจ้าทุกประการ ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่.....

ปิด
อากรแสตมป์
๑๐ บาท

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หนังสือมอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ

เขียนที่.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

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

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

โดยมี เป็นผู้มียอำนาจจัดการแทนนิติบุคคลปรากฏตามหนังสือรับรอง
การจดทะเบียนนิติบุคคล กระทรวงพาณิชย์ เลขที่..... ลงวันที่..... ขอมอบอำนาจและ
แต่งตั้งให้.....เป็นผู้ดำเนินการและมีอำนาจทำการ หรือมอบอำนาจ

ให้กระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการเกี่ยวกับการขออนุญาต การรับใบอนุญาต การต่ออายุใบอนุญาตและ
กิจการอื่นใดทุกประการเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา **ไม่รวมถึงการแจ้งเลิกกิจการ**
และการขอเปลี่ยนผู้รับอนุญาต

(ประเภทใบอนุญาต)

การใดที่ผู้ดำเนินการและผู้รับมอบอำนาจดังกล่าว ได้กระทำภายใต้ขอบเขตแห่งการ
มอบอำนาจนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองและมีผลผูกพันข้าพเจ้าทุกประการ ทั้งนี้
ตั้งแต่วันที่.....

(ลงชื่อ)..... ผู้มอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ
(.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้มอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ
(.....)

(อากร
แสตมป์
๓๐ บาท)

(ลงชื่อ)..... ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน
(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน
(.....)

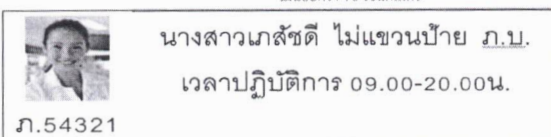
- หมายเหตุ**
๑. พร้อมแนบสำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล กระทรวงพาณิชย์ อายุไม่เกิน ๖ เดือน
 ๒. พร้อมแนบสำเนาทะเบียนราษฎร์ของผู้อนุมัติ(ทุกคน)และผู้รับมอบอำนาจ
 ๓. ใช้หนังสือมอบอำนาจนี้ ๑ ฉบับ สำหรับใบอนุญาต ๑ ประเภท (สำหรับนิติบุคคล)
 ๔. การมอบอำนาจต้องทำตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล

เอกสารเพิ่มเติมกรณีเปลี่ยนแปลงเภสัชกร/ เวลาทำการ/ ชื่อร้าน/ ชื่อตัว-ชื่อสกุล ในช่วงการต่ออายุ

๑) กรณีเปลี่ยนแปลงเภสัชกรผู้มีหน้าที่

๑. แบบ ขย.๑๗ คำขออนุญาตแก้ไขเปลี่ยนแปลง พร้อมหนังสือปะหน้า
๒. สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต และ เภสัชกร (พร้อมเอกสารฉบับจริง)
๓. สำเนาบัตรประชาชนผู้ขออนุญาต และ เภสัชกร (พร้อมเอกสารฉบับจริง)
๔. รูปถ่ายป้ายเภสัชกรคนใหม่ ระบุวิถีสถานะและเวลาปฏิบัติการแบบใหม่ รายละเอียดดังนี้
 - ทำจาก พลาสติกแข็ง พื้นสีน้ำเงิน ขนาดยาวไม่ต่ำกว่า ๗๐ เซนติเมตร กว้างไม่ต่ำกว่า ๒๐ เซนติเมตร ตัวอักษรสีขาว ขนาดไม่ต่ำกว่า ๓ เซนติเมตร
 - ระบุชื่อ นาย/นางสาว/นาง และนามสกุล ตามด้วย ภ.บ.
 - เวลาปฏิบัติการ xx.xx - xx.xx น.
 - ภาพถ่าย หน้าตรงเภสัชกร โดยรูปถ่ายของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการให้เป็นรูปสี่ หน้าเต็ม หน้าตรง ไม่สวมหมวก ไม่ใส่แว่นตา ดำ ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๕ ปี รูปถ่ายขนาด ๔ x ๖ นิ้ว (๑๐ x ๑๕ เซนติเมตร)
 - เลขใบประกอบวิชาชีพ ภ. xxxxx

ไม่น้อยกว่า 70 เซนติเมตร



ไม่น้อยกว่า 20
เซนติเมตร

๕. ใบรับรองแพทย์เภสัชกรคนใหม่ ไม่เกิน ๓ เดือนระบุไม่เป็นโรคต้องห้าม ๕ โรค*ตามประกาศฉบับที่ ๒ พ.ศ.๒๕๖๒ ของผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินการ
๖. สำเนาใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรคนใหม่ (พร้อมเอกสารฉบับจริง)
๗. แบบ ขย. ๑๔ คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ที่กรอกข้อมูลครบถ้วน
๘. สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ จำนวน ๓ ชุด

๒) กรณีเปลี่ยนแปลงเวลาทำการ/ ชื่อร้าน

๑. แบบ ขย.๑๗ คำขออนุญาตแก้ไขเปลี่ยนแปลง พร้อมหนังสือปะหน้า
๒. สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต และ เภสัชกร
๓. สำเนาบัตรประชาชนผู้ขออนุญาต และ เภสัชกร
๔. รูปถ่ายขนาด ๔ X ๖ นิ้ว ของป้าย เวลาทำการ หรือ ชื่อร้านใหม่ (ตรวจสอบชื่อร้านก่อน)

๓) กรณีเปลี่ยนแปลงชื่อตัว-ชื่อสกุล (เฉพาะในส่วนของบุคคลที่ขอแก้ไข)

๑. แบบ ขย.๑๗ คำขออนุญาตแก้ไขเปลี่ยนแปลง พร้อมหนังสือปะหน้า
๒. เอกสารการเปลี่ยนชื่อตัว-ชื่อสกุล
๓. สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขอแก้ไข
๔. สำเนาบัตรประชาชนผู้ขอแก้ไข
๕. รูปถ่ายขนาด ๔ X ๖ นิ้ว ของป้ายระบุชื่อ-นามสกุลใหม่ (เฉพาะเภสัชกร)

โดยให้จัดเตรียมเอกสารเพิ่มอีก ๑ ชุด (แยกจากชุดคำขอต่ออายุ) และกรอกรายละเอียดลงใน
แบบฟอร์มที่เตรียมไว้ให้ที่สำนักงานสาธารณสุขฯ พร้อมยื่นกับชุดคำขอต่ออายุใบอนุญาต

สำหรับกรณีขอใบแทน(สูญหายหรือเสียหาย)หรือการย้ายสถานที่ใช้แบบ ขย.๑๖ ให้แจ้งความประสงค์กับเจ้าหน้าที่
หรือดาวน์โหลดเอกสารได้ที่ <https://fdasamutprakan.com/form/drug>

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

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

(ชื่อผู้รับอนุญาต)

มีผู้ดำเนินการ ชื่อ..... (เฉพาะกรณีนิติบุคคล)

เลขที่บัตรประชาชน

- ได้รับอนุญาตให้ ☐ ขายยาแผนปัจจุบัน
☐ ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
☐ ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์
☐ ขายส่งยาแผนปัจจุบัน

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

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

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

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

ขอเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต ดังต่อไปนี้

.....

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

- (๑) ใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาหรือใบแทน
 (๒) เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....).....(ตัวบรรจง)

(ลายมือชื่อ).....ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

(.....).....(ตัวบรรจง)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ๒๕.....

เรื่อง ยกเลิกใบอนุญาต.....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

ด้วยข้าพเจ้า.....ผู้รับอนุญาต.....

ณ สถานที่ชื่อ.....ตามใบอนุญาตเลขที่

ตั้งอยู่เลขที่ ตรอก/ซอย ถนน

หมู่ที่.....ตำบลอำเภอจังหวัด.....

บัดนี้ ข้าพเจ้าขอยกเลิกใบอนุญาต ดังกล่าว ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เป็นต้นไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....) ผู้รับอนุญาต

หมายเหตุ เหตุผลการแจ้งเลิก

.....

.....

(เอกสารประกอบการแจ้งยกเลิก ๑. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ยกเลิก ๒. ใบอนุญาตฯ (ตัวจริง))