

ลำดับคิวตรวจ.....

วันที่นัด.....

วันที่รับเรื่อง.....

เจ้าหน้าที่.....

แบบคำขอตรวจประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน

สำหรับร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.๑)

รายละเอียดผู้ยื่นคำขอ

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....ออกให้ ณ

บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....Email.....

ประสงค์ขอรับการตรวจประเมินสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีทางเภสัชกรรม

ร้านขายยาชื่อ.....ใบอนุญาตเลขที่.....

บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์.....ระบุเวลาทำการร้าน.....

ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการชื่อ.....โทรศัพท์.....

เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการชื่อ.....โทรศัพท์.....

คำรับรอง

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่า จะเตรียมพร้อมรับ การตรวจประเมินของผู้ตรวจประเมิน ตามแนวทางการตรวจประเมินตาม วิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน
- ข้าพเจ้าขอรับรองว่า สถานที่ขายยาที่ขอรับการตรวจประเมินจะปฏิบัติให้เป็นไปตามเงื่อนไขที่กฎหมายและผู้อนุญาตกำหนด
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า หากมีข้อผิดพลาด ข้อบกพร่อง ไม่เป็นไปตามข้อเท็จจริงที่ได้ยื่นคำขอ หรือไม่สอดคล้องตามเงื่อนไขที่กฎหมาย/ผู้อนุญาตกำหนด หรือไม่มีการแก้ไขข้อบกพร่องตามที่เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจประเมินได้ให้ข้อสังเกต /แนะนำจากการตรวจประเมิน หรือพบความไม่สอดคล้องในภายหลังนั้น จะไม่สามารถใช้ผลการตรวจประเมินดังกล่าวในการยื่นต่ออายุใบอนุญาตได้

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นขอตรวจประเมิน

(.....)

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

หมายเหตุ ขอให้แนบหลักฐานประกอบการพิจารณาดังนี้

- 1.แบบประเมินตนเอง ร้านเก่า(ระยะที่ 1)/ ร้านใหม่(ระยะที่ 1-3)
- 2.สำเนาบัตรประชาชน ผู้ยื่นขอตรวจประเมิน
- 3.สำเนาใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันที่ยังไม่หมดอายุ
- 4.แผนที่ตั้งร้านยา
- 5.กรณีนิติบุคคล ให้แนบสำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนแสดงชื่อผู้มีอำนาจลงนามผูกพันบริษัทฯ และหนังสือมอบอำนาจให้ผู้ยื่นมาดำเนินการแทน

กรณีร้านเก่า(ระยะที่1) ต่ออายุประจำปี 2561 แนบภาพถ่ายประกอบ

- 1.อาคารร้านขายยา
- 2.เทอร์โมมิเตอร์พร้อมแบบบันทึกอุณหภูมิ 3 จุด พื้นที่ขาย,พื้นที่เก็บสำรองยา,ตู้เย็น และเครื่องปรับอากาศ (กรณีอุณหภูมิเกิน 30 องศาเซลเซียส)
- 3.ป้ายหมวดหมู่ยา และมาน/วัสดุปิดคลุมยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ พร้อมแสดงข้อความ “เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ ไม่สามารถขายยาในบริเวณนี้ได้” บนมาน/วัสดุ ทุกชั้น
- 4.ถาดนับเม็ดยา, เครื่องวัดความดันโลหิต, เครื่องชั่งน้ำหนัก และตู้เย็น (กรณีมียาต้องเก็บรักษาอุณหภูมิในตู้เย็น 2-8 องศาเซลเซียส)