

บันทึกการตรวจสอบเอกสารประกอบ
คำขอเปลี่ยนผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ชื่อสถานที่ประกอบการ.....

รายการเอกสาร	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
1.ใบปะหน้า			
2.คำขออนุญาตแก้ไขเปลี่ยนแปลง			
3.สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต/ ผู้ดำเนินการ			
4.สำเนาบัตรประชาชนผู้ขออนุญาต/ ผู้ดำเนินการ			
5.สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ จำนวน 3 ชุด (ตรวจสอบแล้ว คืนสำเนา 2 ชุด ให้ผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเก็บคนละชุด)			
6.คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (แบบ ข.ย.11) (ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องมาแสดงตนและเซ็นชื่อต่อหน้าเจ้าหน้าที่)			
7.สำเนาใบประกอบวิชาชีพเกษตรกรรม พร้อมตัวจริง			
8.ใบรับรองแพทย์ (ระบุโรคต้องห้ามตามกฎหมาย) ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ			
9.สำเนาทะเบียนบ้านผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ พร้อมตัวจริง			
10.สำเนาบัตรประชาชนผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ พร้อมตัวจริง			
11.ภาพถ่ายป้าย "คำนำหน้า ชื่อตัว ชื่อสกุล วิทยฐานะ และเวลาปฏิบัติการของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ"			
12.หนังสือมอบอำนาจดำเนินการแทน (ในกรณีที่ผู้ยื่นขอไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยตัวเอง) คิดอากรแสตมป์ 10 บาท พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ			
13.ใบอนุญาต			
14.แบบแจ้งเลิกการปฏิบัติการเกษตรกรคนเก่า			

ตามที่ท่านได้ยื่นคำขออนุญาตฯ พร้อมเอกสารต่าง ๆ ให้กลุ่มงานตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสารประกอบคำขอฯ ดังกล่าวนั้น ได้ตรวจสอบแล้ว ขอเรียนว่าคำขอฯ และเอกสารประกอบของท่าน

ครั้งที่ 1 วันที่..... () ครบถ้วน () ไม่ครบถ้วน และยังขาดเอกสารหมายเลข.....
แก้ไข.....

ลายมือชื่อ..... ลายมือชื่อ.....
(ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ยื่น) (เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ)

ครั้งที่ 2 วันที่..... () ครบถ้วน () ไม่ครบถ้วน และยังขาดเอกสารหมายเลข.....
แก้ไข.....

ลายมือชื่อ..... ลายมือชื่อ.....
(ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ยื่น) (เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ)

ครั้งที่ 3 วันที่..... () ครบถ้วน () ไม่ครบถ้วน และยังขาดเอกสารหมายเลข.....
แก้ไข.....
ลายมือชื่อ..... ลายมือชื่อ.....
(ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ยื่น) (เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ)

ดังนั้น จึงขอให้ท่านจัดทำเอกสารดังกล่าวให้ครบถ้วน แล้วนำมายื่นใหม่อีกครั้ง และในระหว่างดำเนินการ ยื่น
เอกสารนั้น ห้ามเปิดดำเนินการ จนกว่าจะได้รับอนุญาตจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....ต่อไป

ลงชื่อผู้รับ.....

ผู้ยื่นคำขออนุญาต

(1) เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....

ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว และเป็นอำนาจของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....

ตาม () พระราชบัญญัติ..... มาตราที่.....

() หนังสือมอบอำนาจของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่ 112/2547 ข้อ.....
เห็นควร.....

.....

(.....)

ผู้ดำเนินการ

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)

สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
ตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. 2510

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

สัญญาระหว่าง..... ในนามของ.....

เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด..... ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “ผู้รับอนุญาต” ฝ่ายหนึ่งกับ

() การบำบัดโรคสัตว์

ผู้ประกอบ () โรคศิลปะ แผน..... สาขา.....

() วิชา

ชั้น..... ใบอนุญาตเลขที่..... ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ” อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำสัญญานี้เพื่อปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ.2510 ร่วมกัน โดยมีข้อความดังต่อไปนี้

1. ผู้รับอนุญาตยินยอมและตกลงให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเข้าปฏิบัติหน้าที่ ณ
ของผู้รับอนุญาต เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ.2510 ตั้งแต่วันที่ทำสัญญาเป็นต้นไป

2. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการยินยอมรับปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. 2510 ในหน้าที่ที่กำหนดไว้ตามข้อ 1.ของสัญญานี้
ทุกประการ

3. ผู้รับอนุญาตยินยอมจ่ายเงินค่าทดแทนเป็นรายเดือน ให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เดือนละ.....บาท
(.....) ภายในวันสิ้นเดือนปฏิทินทุก ๆ เดือน

4. หนังสือสัญญานี้มีอายุสัญญา จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.

5. หากคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดบอกเลิกสัญญานี้ก่อนครบกำหนดตามข้อ 4 ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้อีกฝ่ายหนึ่ง
ทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า.....วัน และต้องแจ้งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....ทราบตามกฎหมายด้วย

6. หากต้องมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลง เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทำอยู่ เพื่อให้การปฏิบัติการได้เป็นไป
โดยถูกต้องตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ.2510 และกฎกระทรวงซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติฯฉบับดังกล่าว ผู้รับอนุญาต
ยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกประการ

7. ภาษีเงินได้ที่จะต้องเสียตามกฎหมายผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตกลงกันว่า.....เป็นผู้เสีย

8. หากปรากฏว่าคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใด ไม่ปฏิบัติตามสัญญานี้แม้แต่ข้อหนึ่งข้อใด สัญญานี้เป็นอันยกเลิกทันที โดยคู่
สัญญาไม่ต้องปฏิบัติตามข้อ 5 และคู่สัญญามีสิทธิที่จะฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายได้ตามกฎหมาย หากมีการฟ้องร้องกันขึ้นทั้งสองฝ่าย
ตกลงกันว่า ฝ่ายหนึ่งที่เกิดสัญญาจะต้องเป็นผู้ชดเชยค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้อง เช่น ค่าทนาย และค่าธรรมเนียมศาลหรืออื่น ๆ เป็นต้น

9. สัญญานี้ทำขึ้นเป็นสามฉบับมีข้อความตรงกัน คู่สัญญาต่างยึดถือไว้คนละหนึ่งฉบับและมอบให้สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัด..... เก็บไว้เป็นหลักฐานหนึ่งฉบับ

คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายต่างเข้าใจข้อความในสัญญานี้ดีแล้ว จึง ได้ลงชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ขออนุญาต

(ลงชื่อ).....ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

(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.....

(๑) ข้าพเจ้าเป็น ☐ ผู้สำเร็จหลักสูตรการอบรมตามมาตรา ๔๘ แห่งพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๒๒
(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 ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาด้านแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

กรณีการขอใบอนุญาตใหม่ ให้ทำคำรับรองนี้ต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ให้คำรับรอง

(ลายมือชื่อ)..... พนักงานเจ้าหน้าที่

หมายเหตุ :- ใส่เครื่องหมาย ☒ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ภาพถ่ายป้ายแสดงวิทยฐานะผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

