

แบบยกเลิกผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่จำหน่าย หรือนำส่งยา / แผนโบราณ / แผนปัจจุบัน

- ☐ กรณีผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ มายื่นด้วยตนเอง ไม่มีผู้รับอนุญาตมาด้วย จะไม่รับเอกสารการขอยกเลิก
- ☐ กรณีผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการมาพร้อมผู้รับอนุญาต รับเอกสารและดำเนินการตรวจสอบเอกสารดังนี้

เอกสารที่ตรวจสอบ

๑. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

- ☐ ๑. ใบยกเลิกผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
- ☐ ๒. สำเนาบัตรประชาชนของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
- ☐ ๓. สำเนาใบประกอบวิชาชีพ

๒. ผู้รับอนุญาต

- ☐ บุคคลธรรมดา
- ☐ ๑). บันทึกคำให้การรับทราบคำขอยกเลิกผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
- ☐ ๒). หนังสือยินยอมให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ แจกยกเลิกผู้มีหน้าที่ฯ
- ☐ ๓). ใบยกเลิกสถานที่ร้านขายยา
- ☐ ๔). ใบอนุญาตขายยา/นำส่ง(แผนปัจจุบัน/แผนโบราณ)
- ☐ ๕). สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับอนุญาต

☐ นิติบุคคล

- ☐ ๑). หนังสือมอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ พร้อมสำเนาหนังสือรับรองจดทะเบียนฯ
- ☐ ๒). หนังสือมอบอำนาจดำเนินการแทน (กรณีผู้ดำเนินการไม่ได้มาด้วยตนเอง)
- ☐ ๓). สำเนาบัตรประชาชน (ผู้มอบ/รับมอบ)

หมายเหตุ กรณีที่ผู้รับอนุญาตฯ ขอแจ้งเปลี่ยนผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเอง นั้นสามารถดำเนินการตามระบบปกติ

เขียนที่

วันที่เดือน.....พ.ศ ๒๕.....

เรื่อง แจ้งเลิกการปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ.๒๕๑๐

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....

ข้าพเจ้า.....ผู้ได้รับขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ
เภสัชกรรมของสภาเภสัชกรรม ตามใบอนุญาตเลขที่.....เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ณ สถานที่

- () ขยาย แผน () ปัจจุบัน () โบราณ
() ผลิตยา แผน () ปัจจุบัน () โบราณ
() นำหรือส่งยาฯ แผน () ปัจจุบัน () โบราณ

ตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ.๒๕๑๐ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติฯ (ฉบับที่๓) พ.ศ.๒๕๒๒ (ชื่อ
สถานที่).....ตั้งอยู่
เลขที่.....ซอย.....หมู่ที่.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
โทร.....

ดังปรากฏตามสัญญาระหว่างผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ฉบับลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... บัดนี้
ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของ (ชื่อสถานที่)..... ตั้งแต่
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เป็นต้นไป โดยข้าพเจ้าได้แจ้งให้กับผู้รับอนุญาตฯ ของสถานที่
ดังกล่าวทราบแล้ว เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เพื่อให้ผู้รับอนุญาตฯ จัดหาผู้มีหน้าที่
ปฏิบัติการมาทดแทนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

()

หมายเหตุ เหตุผลการแจ้งเลิกการปฏิบัติการเนื่องจาก.....

โดยข้าพเจ้าได้แนบเอกสารแนบประกอบการยื่น ดังนี้

(.....) ๑. สำเนาบัตรประชาชน

(.....) ๒. สำเนาใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

**บันทึกคำให้การของผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำให้การของ.....

เรื่อง...การแจ้งเลิกปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา

ข้อ ๑ ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ...ไทย...สัญชาติ...ไทย...
เป็น.....ผู้รับอนุญาต...ของสถานที่.....ชื่อ.....
ตั้งอยู่เลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....ซอย.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ข้อ ๒ ข้าพเจ้าขอให้การว่า.....วันนี้เวลาประมาณ.....น. ข้าพเจ้าได้มาพบพนักงานเจ้าหน้าที่
ตามพระราชบัญญัติยา ดังรายนามข้างต้น ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..... เนื่องจากผู้มีหน้าที่
ปฏิบัติการชื่อ.....ประจำร้าน.....ได้ยื่นคำขอแจ้งเลิก
เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ในวันที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ซึ่งพนักงานเจ้าหน้าที่แจ้งข้อกฎหมายให้
ทราบ ว่า ข้าพเจ้าในฐานะผู้รับอนุญาตตามพระราชบัญญัติยา มีหน้าที่ต้องจัดให้มีผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำอยู่
ตลอดเวลาที่เปิดทำการตามมาตรา ๒๑ และในระหว่างที่ไม่มีผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ หากเปิดทำการย่อมเป็นการฝ่าฝืน
มาตรา ๑๐๓ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามเดือนหรือปรับไม่เกินห้าพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และให้ปรับเป็น
รายวันอีกวันละห้าร้อยบาท จนกว่าจะปฏิบัติให้ถูกต้อง ซึ่งต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๔๕ วัน นับตั้งแต่วันที่
.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....มิเช่นนั้นย่อมเป็นการขาด
คุณสมบัติและต้องถูกเพิกถอนใบอนุญาต ซึ่งการที่ถูกเพิกถอนใบอนุญาตจะไม่มีสิทธิ์ขอรับใบอนุญาตใด ๆ ตาม
พระราชบัญญัติยา จนกว่าจะพ้นกำหนดสองปีนับแต่วันที่ถูกเพิกถอนใบอนุญาต ข้าพเจ้ารับทราบและจะปฏิบัติตาม
โดยเคร่งครัด หากไม่สามารถปฏิบัติตามได้ข้าพเจ้ายินดีให้ดำเนินการตามบทลงโทษทางกฎหมายต่อไป

ข้อ ๓ หากพ้นกำหนด ๔๕ วัน จากวันที่ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการแจ้งยกเลิกแล้ว ข้าพเจ้ายินดีให้สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ยกเลิกใบอนุญาตร้านขายยา ตามเอกสารขอยกเลิกร้านขายยาที่ข้าพเจ้าได้เขียน
และมอบให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไว้

ข้อ ๔ ข้าพเจ้าขอรับรองจะปฏิบัติตามที่ได้ให้ถ้อยคำไว้ทุกประการ จึงลงลายมือไว้เป็นสำคัญต่อพนักงาน
เจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา

ลงชื่อ.....ผู้ให้ถ้อยคำ
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

หนังสือยินยอมให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการแจ้งเลิกการปฏิบัติหน้าที่

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ยินยอมให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการแจ้งเลิกการปฏิบัติหน้าที่ในร้าน.....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....อยู่เลขที่.....

.....เป็นผู้รับอนุญาต..ของสถานที่..ขายยาแผน

ปัจจุบัน..ชื่อ..ร้าน.....อยู่เลขที่.....

.....จ.

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการชื่อ.....

ยื่นคำขอแจ้งเลิกเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการร้าน.....ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....

พ.ศ.....ซึ่งข้าพเจ้ายังไม่สามารถจัดหาผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการใหม่มาแทนได้ ทั้งนี้ใน

ระหว่างที่ไม่มีผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ข้าพเจ้าจะปิดร้าน งดการจำหน่ายยา หากฝ่าฝืนข้าพเจ้ายินดีให้ดำเนินการตาม

บทลงโทษทางกฎหมายตามที่พนักงานเจ้าหน้าที่ฯ แจ้งตั้งรายละเอียดในบันทึกคำให้การ ต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้รับอนุญาต

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

(.....)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ๒๕.....

เรื่อง ยกเลิกใบอนุญาต.....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....

ด้วยข้าพเจ้า.....ผู้รับอนุญาต.....

ณ สถานที่ชื่อ.....ตามใบอนุญาตเลขที่.....

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

หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

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

เป็นต้นไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....) ผู้รับอนุญาต

หมายเหตุ เหตุผลการแจ้งเลิก

.....
.....

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