

บันทึกการตรวจสอบเอกสารประกอบ
เปลี่ยนแปลงเวลาทำการ-ชื่อร้าน-ชื่อ-สกุล

ชื่อสถานที่ประกอบการ.....

เปลี่ยนแปลง	รายการยื่นเอกสาร	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
เวลาทำการ/				
ชื่อร้าน	1. ใบปะหน้า			
	2. คำขออนุญาตแก้ไขเปลี่ยนแปลง			
	3. สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต/ ผู้ดำเนินการ			
	4. สำเนาบัตรประชาชนผู้ขออนุญาต/ ผู้ดำเนินการ			
	5. คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (แบบ ข.ย.11) ..ระบุรับรองเวลาทำการใหม่ ..ระบุชื่อร้านใหม่			
	6. สำเนาทะเบียนบ้านผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ			
	7. สำเนาบัตรประชาชนผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ			
	8. หนังสือมอบอำนาจดำเนินการแทน (ในกรณีที่ผู้ยื่นขอไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยตัวเอง) ติดอากรแสตมป์ 10 บาท พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ			
	9. ใบอนุญาต			
	10. รูปถ่ายเวลาทำการ, ชื่อร้าน			
ชื่อตัว-ชื่อสกุล	1. ใบปะหน้า			
ผู้ขออนุญาต/	2. คำขออนุญาตแก้ไขเปลี่ยนแปลง			
ผู้ดำเนินการ	3. สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต/ ผู้ดำเนินการ/ ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ			
ผู้มีหน้าที่-	4. สำเนาบัตรประชาชนผู้ขออนุญาต/ ผู้ดำเนินการ/ ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ			
ปฏิบัติการ	5. เอกสารการเปลี่ยนชื่อตัว-ชื่อสกุล			
เฉพาะในส่วน ของบุคคลที่ขอ แก้ไข	6. หนังสือมอบอำนาจดำเนินการแทน (ในกรณีที่ผู้ยื่นขอไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยตัวเอง) ติดอากรแสตมป์ 10 บาท พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ			
	7. ใบอนุญาต			

ตามที่ท่านได้ยื่นคำขออนุญาตฯ พร้อมเอกสารต่าง ๆ ให้กลุ่มงานตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสารประกอบ คำขอฯ 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 และในระหว่างดำเนินการยื่นเอกสารนั้น ห้ามเปิดดำเนินกิจการ จนกว่าจะได้รับอนุญาตจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ต่อไป

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค
และเภสัชสาธารณสุข
เลขรับที่.....
วัน เดือน ปี.....
นัดตรวจ.....
ลงชื่อผู้รับ.....

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขออนุญาต.....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ยื่นขออนุญาตตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ.2510 ของสถานประกอบการ ประเภท ☐ผลิต ☐ขาย ☐นำส่งฯ ยา
แผน.....ชื่อ.....ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....
ถนน.....ซอย.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....โดยมีผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการชื่อ.....
ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะเลขที่.....แผน.....สาขา.....
ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

() รายการที่ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง.....
.....
.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ.....
(.....)

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)

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 ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

กรณีการขอใบอนุญาตใหม่ ให้ทำคำรับรองนี้ต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

(ลายมือชื่อ).....ผู้ให้คำรับรอง

(ลายมือชื่อ).....พนักงานเจ้าหน้าที่

