

บันทึกการตรวจสอบเอกสารประกอบ
ย้ายสถานที่/ ขอบเขตพื้นที่ผลิต/ขาย/นำหรือสั่งแผนโบราณ

ชื่อสถานที่ประกอบการ.....

	รายการยื่นเอกสาร	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
ย้ายสถานที่				
	1.ใบปะหน้า			
	2.คำขออนุญาตแก้ไขเปลี่ยนแปลง			
	3.สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต/ ผู้ดำเนินกิจการ			
	4.สำเนาบัตรประชาชนผู้ขออนุญาต/ ผู้ดำเนินกิจการ			
	5.สัญญาเช่า (กรณีเช่าสถานที่) หรือ หนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่			
	6.สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ที่ขออนุญาต (กรณีทะเบียนบ้านไม่มีผู้อาศัย ให้แนบหลักฐาน สำเนาสัญญาซื้อ-ขายสิ่งปลูกสร้าง หรือ สำเนาใบอนุญาตก่อสร้างฯ หรือ สำเนาเอกสารอ้างกรรมสิทธิ์)			
	7.สำเนาบัตรประชาชนของเจ้าของสถานที่ที่ให้เช่า หรือ ยินยอมฯ			
	8.แผนที่และรายละเอียดแสดงที่ตั้งร้าน			
	9.แผนผังและรายละเอียดภายในร้าน พร้อมภาพถ่าย 9.1 ตัวอาคารสถานที่ขออนุญาต และบริเวณโดยรอบตัวอาคาร 9.2 ด้านหน้าสถานที่ (ป้ายร้าน, เลขที่ร้าน) 9.3 โต๊ะผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ 9.4 บริเวณภายในร้าน การจัดชั้นวางยาหรือผลิตภัณฑ์ 9.5 ป้าย "สถานที่ผลิต/ขาย/นำส่งฯยาแผนโบราณ" 9.6 ป้าย "คำนำหน้า ชื่อตัว ชื่อสกุล วิทยฐานะ และเวลาปฏิบัติการของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ			
	10.คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (แบบ ข.ย.11) ..รับรองการย้ายสถานที่			
	11.สำเนาใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม			
	12.สำเนาทะเบียนบ้านผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ			
	13. สำเนาบัตรประชาชนผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ			
	14.หนังสือมอบอำนาจดำเนินการแทน (ในกรณีที่ผู้ยื่นขอไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยตัวเอง) ตีอากรแสตมป์ 10 บาท พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ			
	15.ใบอนุญาต			

	รายการยื่นเอกสาร	ครั้งที่ ที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
ขอใบแทน				
	1.ใบปะหน้า			
	2.คำขอใบแทนใบอนุญาต			
	3.ใบแจ้งความ			
	4.รูปถ่าย ขนาด 3x4 เซนติเมตร จำนวน 2 รูป			
	5.สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับอนุญาต/ ผู้ดำเนินการ			
	6.สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับอนุญาต/ ผู้ดำเนินการ			
	7.เอกสารแสดงว่าเป็นผู้ได้รับอนุญาต (สำเนาใบอนุญาตเดิม)			
	8.เอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง			

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 แล้วนำมายื่นใหม่ ซึ่งในช่วงระหว่างดำเนินการยื่นเอกสารนั้น ห้ามเปิดดำเนินการ จนกว่าจะได้รับอนุญาตจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดต่อไป

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

เลขที่.....
วันที่.....
ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ

คำขอ ☐ ใบแทนใบอนุญาต ☐ ผลิต ☐ ขาย ☐ นำหรือส่งยาแผนโบราณเข้ามาในราชอาณาจักร
☐ ย้ายสถานที่

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ซึ่งมีผู้ดำเนินการ
(ชื่อผู้รับอนุญาต)

ชื่อ.....ได้รับอนุญาตให้ ☐ ผลิต ☐ ขาย ☐ นำหรือส่งยาแผนโบราณเข้ามา
ในราชอาณาจักร ตามใบอนุญาตที่.....ณ สถานที่ประกอบธุรกิจ ชื่อ.....
อยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

☐ ใบแทนใบอนุญาต ☐ ผลิต ☐ ขาย ☐ นำหรือส่งยาแผนโบราณเข้ามาในราชอาณาจักร เนื่องจาก

ขอ

(เหตุที่ขอรับใบแทน)

☐ ย้ายสถานที่ ☐ ผลิต ☐ ขาย ☐ นำหรือส่งยาแผนโบราณเข้ามาในราชอาณาจักร

ในนามของ.....ไปอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....
(ชื่อสถานที่ประกอบธุรกิจ)

ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....ข้าพเจ้าได้

แนบหลักฐานมาด้วย คือ

☐ หลักฐานประกอบคำขอใบแทนใบอนุญาต

(๑) รูปถ่ายของผู้ดำเนินการ ขนาด ๓ x ๔ เซนติเมตร จำนวน ๒ รูป

(๒) ใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแผนโบราณ ถ้ามี

☐ หลักฐานประกอบคำขอย้ายสถานที่

(๑) ใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแผนโบราณหรือใบแทน

(๒) แบบแปลนแผนผังสิ่งปลูกสร้างของสถานที่ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแผนโบราณแห่งใหม่ จำนวน ๒ ชุด

(๓) เอกสารแสดงว่าเป็นผู้ได้รับอนุญาต

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

หมายเหตุ :-

(๑) ในกรณีที่ใบอนุญาตสูญหาย ให้นำไปรับแจ้งความของสถานีตำรวจแห่งท้องที่ที่ใบอนุญาตนั้น
สูญหายมาด้วย

(๒) ในกรณีที่ใบอนุญาตถูกทำลายในสาระสำคัญ ให้แนบบันทึกมาด้วย

(๓) ใส่เครื่องหมาย 3 ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี สัญชาติ.....
อยู่เลขที่..... ซอย..... ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์..... ขอให้คำรับรอง ต่อ
พนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....ว่า

- (1) ข้าพเจ้าเป็น () ผู้ประกอบโรคศิลปะแผน [☐ ปัจจุบัน ☐ โบราณ] ชั้นหนึ่ง สาขา.....
() อื่น ๆ

ใบอนุญาตเลขที่..... ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- (2) ข้าพเจ้า () ไม่เคยเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแห่งใด มาก่อน
() เคยเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา.....แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510

ของ (ชื่อสถานที่)จังหวัด..... มาก่อน
แต่ได้เลิกการเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ณ สถานที่ดังกล่าว ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- (3) ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ขณะนี้ข้าพเจ้ามิได้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแห่งใด

- (4) ขณะนี้ข้าพเจ้า () ไม่ได้รับราชการหรือทำงานอยู่แห่งใด

() รับราชการหรือทำงานประจำอยู่ที่.....

() เวลาทำการ.....

(5) ข้าพเจ้าจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำ ณ สถานที่ () ผลิต () ขาย () นำหรือส่ง ยา
แผน [☐ ปัจจุบัน..... ☐ โบราณ] ชื่อ.....อยู่เลขที่.....

หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

() ตลอดเวลาที่เปิดทำการ

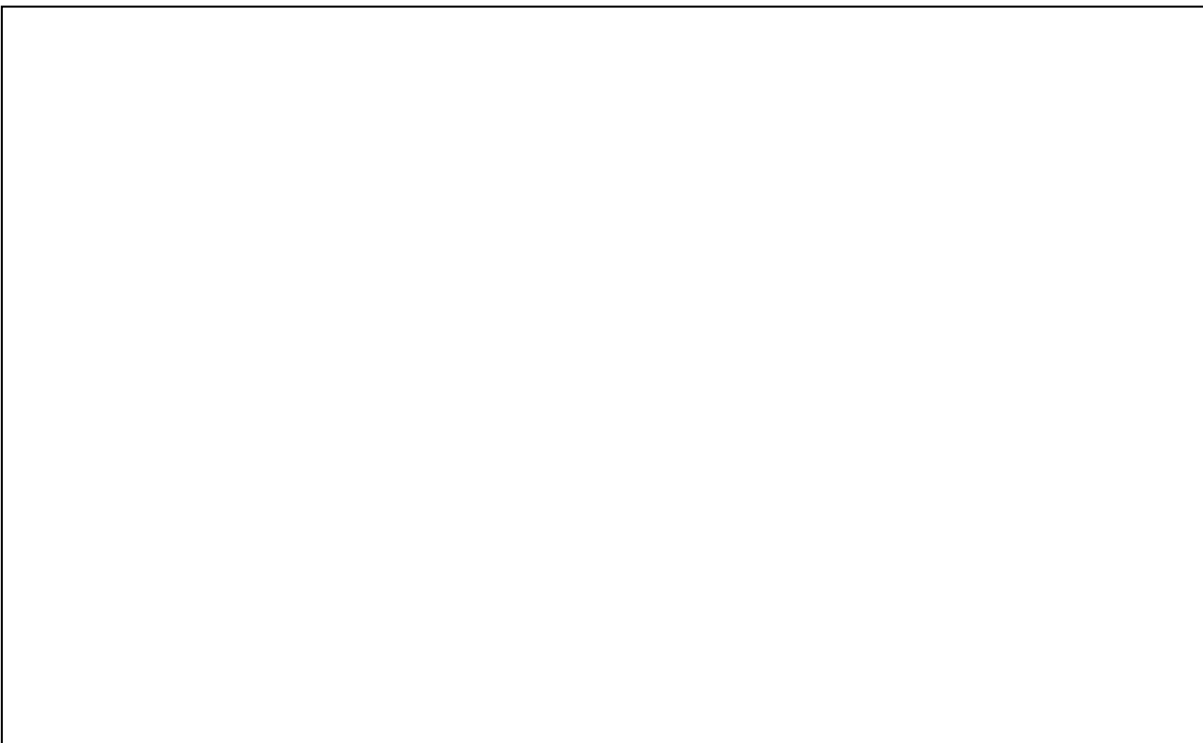
() เวลาทำการ.....

ข้าพเจ้าทราบดีว่า หากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าอาจถูกดำเนินคดีฐานแจ้งความเท็จต่อ
เจ้าพนักงาน คำรับรองนี้ทำต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

(ลายมือชื่อ).....ผู้ให้คำรับรอง

(ลายมือชื่อ).....พนักงานเจ้าหน้าที่

ชื่อร้าน / บริษัท.....
ที่อยู่.....
.....



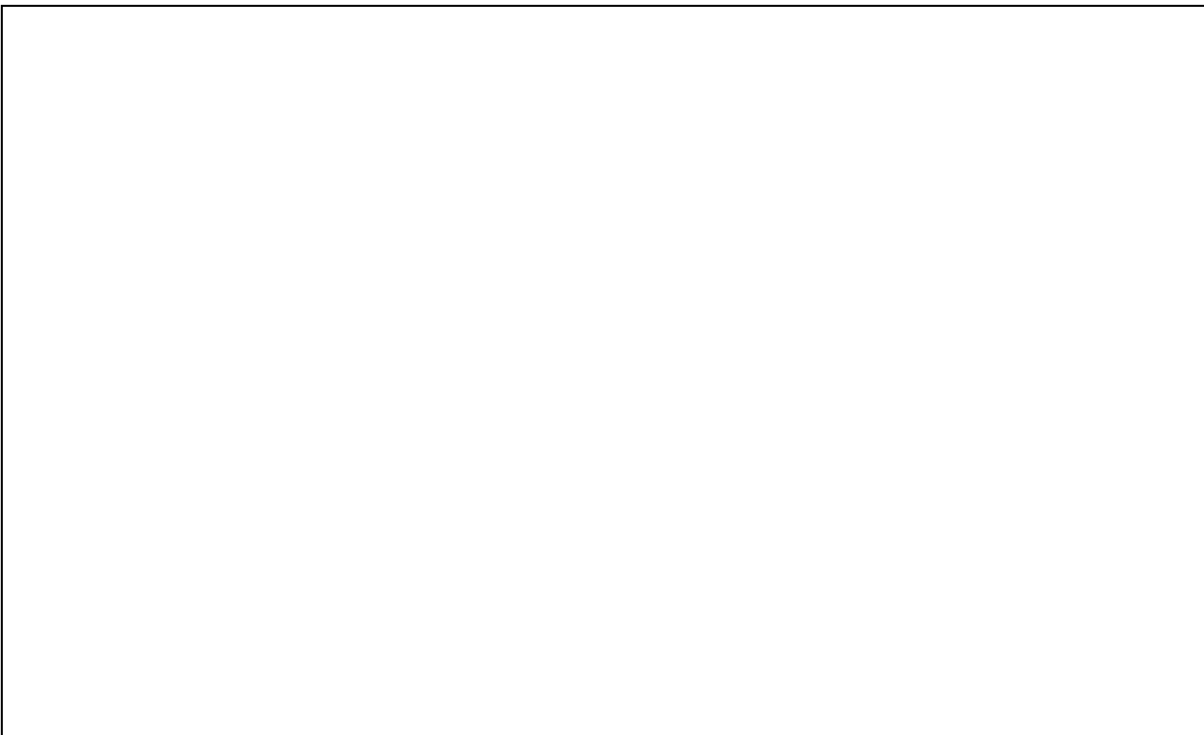
1. ภาพลักษณะของอาคารสถานที่ขออนุญาต



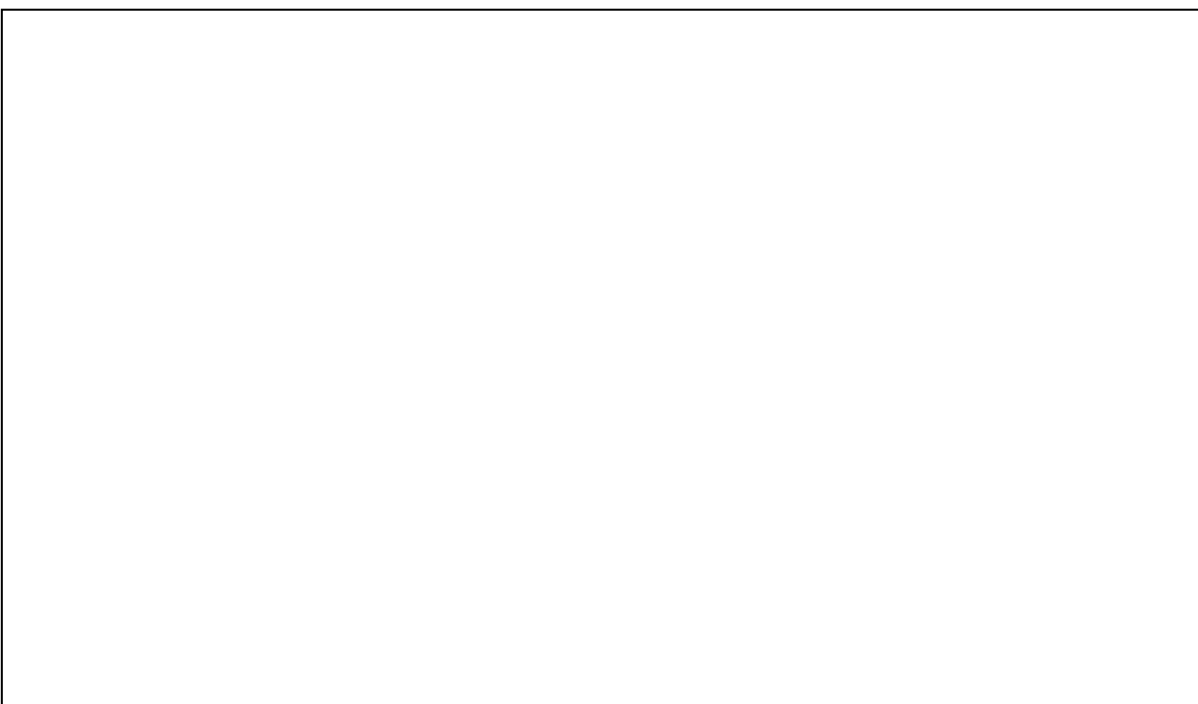
2. ด้านหน้าสถานที่ (ป้าย, เลขที่)

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....
ที่อยู่.....
.....



3. โต๊ะผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ



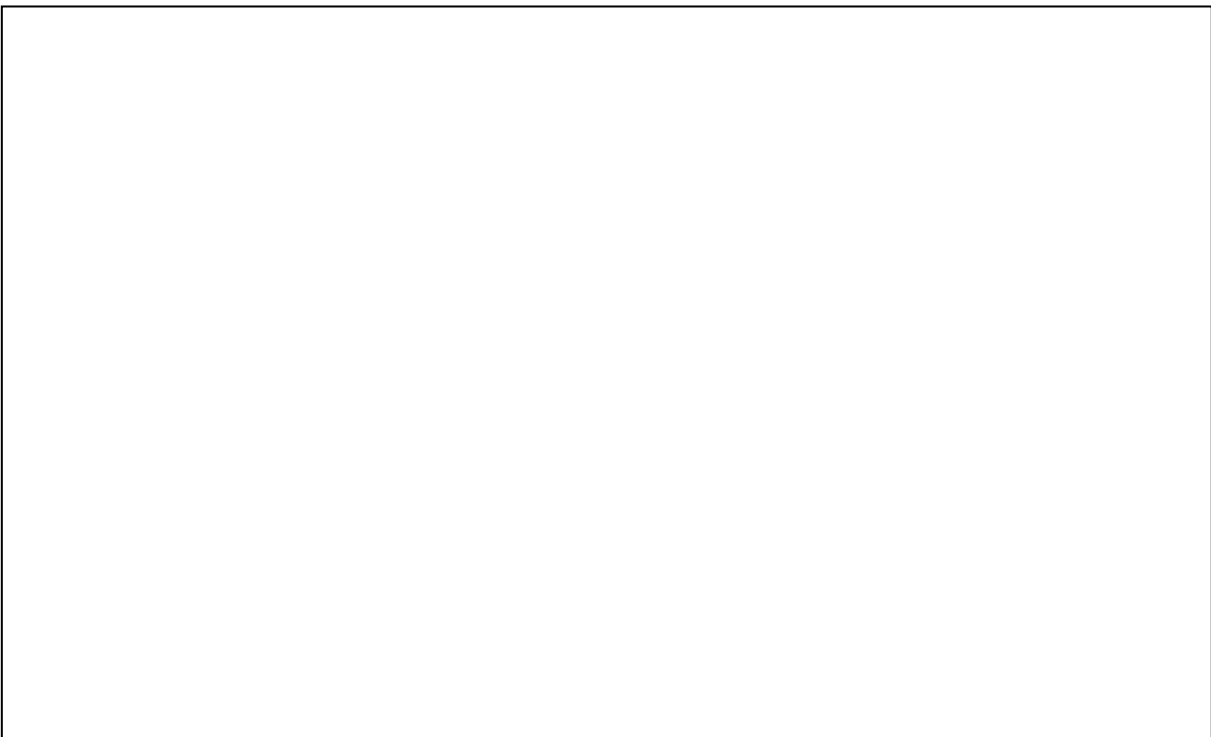
4. บริเวณภายใน ด้านขวา

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

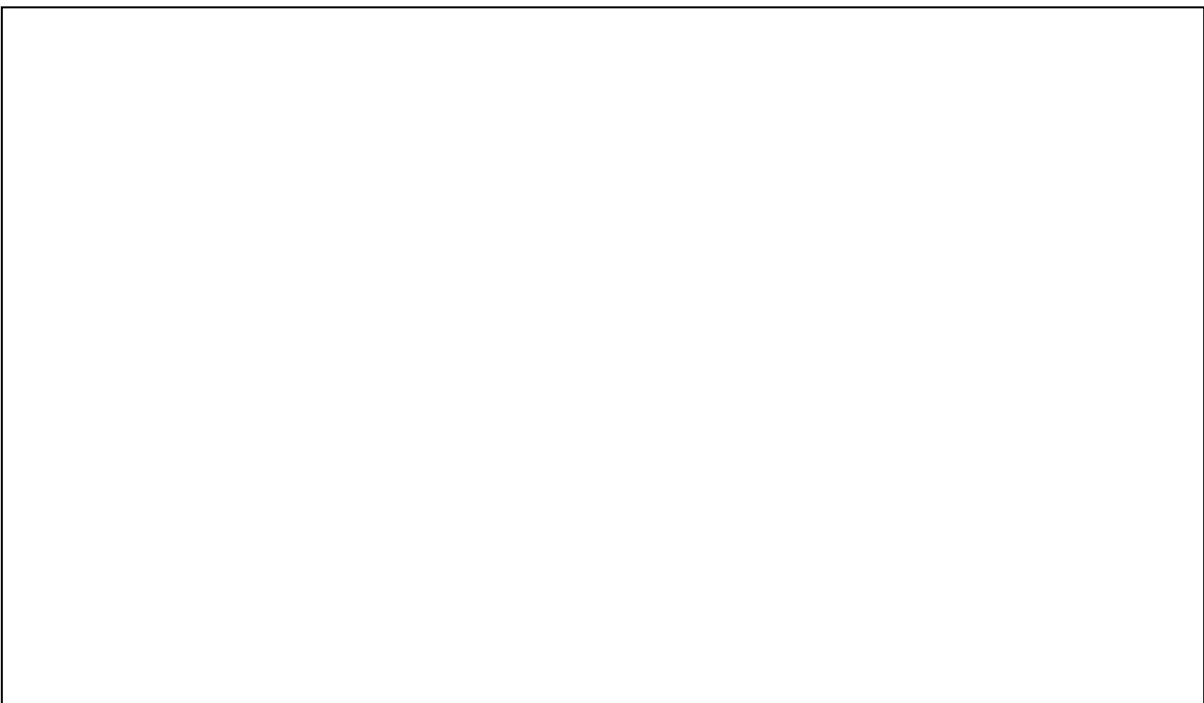
ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

.....



5. บริเวณภายใน ด้านซ้าย

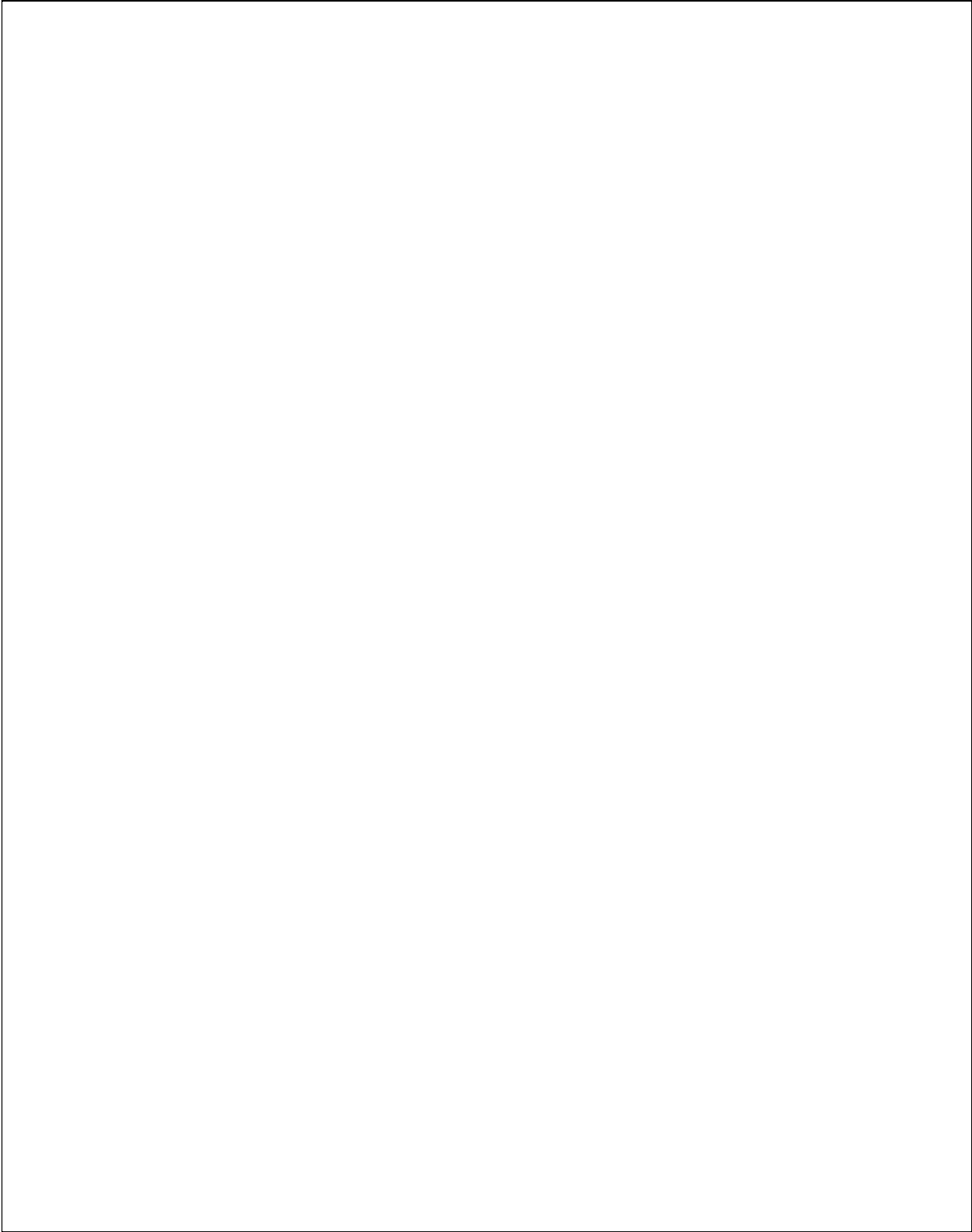


6. ป้ายแสดงสถานที่ประกอบการและป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ลงชื่อ.....

แผนที่ตั้งของสถานที่.....
.....
.....



รับรองว่าเป็นความจริง
ลงชื่อ.....

แผนผังภายในของสถานที่.....
.....

หมายเหตุ ให้ระบุความกว้าง ลึกของร้าน
และขนาดของตู้ด้วย

รับรองว่าเป็นความจริง
ลงชื่อ.....