

บันทึกการตรวจสอบเอกสารประกอบ  
การย้ายสถานที่/ ขอใบแทนสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน

ชื่อสถานที่ประกอบการ.....

	รายการยื่นเอกสาร	ครั้งที่	ครั้งที่	ครั้งที่
		1	2	3
ย้ายสถานที่				
	1.ใบปะหน้า			
	2.คำขออนุญาตแก้ไขเปลี่ยนแปลง			
	3.สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต/ ผู้ดำเนินการ			
	4.สำเนาบัตรประชาชนผู้ขออนุญาต/ ผู้ดำเนินการ			
	5.สัญญาเช่า (กรณีเช่าสถานที่) หรือ หนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่			
	6.สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ที่ขออนุญาต (กรณีทะเบียนบ้านไม่มีผู้อาศัย ให้แนบหลักฐาน สำเนาสัญญาซื้อ-ขายสิ่งปลูก สร้าง หรือ สำเนาใบอนุญาตก่อสร้างฯ หรือ สำเนาเอกสารอสังกรรมสิทธิ์)			
	7.สำเนาบัตรประชาชนของเจ้าของสถานที่ที่ให้เช่า หรือ ยินยอมฯ			
	8.แผนที่และรายละเอียดแสดงที่ตั้งร้าน			
	9.แผนผังและรายละเอียดภายในร้าน พร้อมภาพถ่าย 9.1 ตัวอย่างอาคารสถานที่ขออนุญาต และบริเวณโดยรอบตัวอาคาร 9.2 ด้านหน้าสถานที่ (ป้ายร้าน, เลขที่ร้าน) 9.3 โต๊ะผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ 9.4 บริเวณภายในร้าน การจัดชั้นวางยาหรือผลิตภัณฑ์ 9.5 ป้าย "สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน" 9.6 ป้าย "คำนำหน้า ชื่อตัว ชื่อสกุล วิทยฐานะ และเวลาปฏิบัติการของผู้มี หน้าที่ปฏิบัติการ			
	10.คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (แบบ ข.ย.11) ..รับรองการย้ายสถานที่			
	11.สำเนาใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม			
	12.สำเนาทะเบียนบ้านผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ			
	13. สำเนาบัตรประชาชนผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ			
	14.หนังสือมอบอำนาจดำเนินการแทน (ในกรณีที่ผู้ยื่นขอไม่สามารถดำเนินการ ได้ด้วยตัวเอง) คิดอากรแสตมป์ 10 บาท พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับ มอบอำนาจ			
	15.ใบอนุญาต			

	รายการยื่นเอกสาร	ครั้งที่	ครั้งที่	ครั้งที่
		1	2	3
ขอใบแทน				
	1.ใบปะหน้า			
	2.คำขอใบแทนใบอนุญาต			
	3.ใบแจ้งความ			
	4.รูปถ่าย ขนาด 3x4 เซนติเมตร จำนวน 2 รูป			
	5.สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับอนุญาต/ ผู้ดำเนินกิจการ			
	6.สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับอนุญาต/ ผู้ดำเนินกิจการ			
	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 ห้ามเปิดดำเนินกิจการ จนกว่าจะได้รับอนุญาตจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการต่อไป

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

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขออนุญาต.....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

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.....

จังหวัดสมุทรปราการ โทรศัพท์..... โดยมีผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการชื่อ.....

ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะเลขที่.....แผน.....สาขา.....

ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

( ) รายการที่ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง.....

.....  
.....  
.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยื่นคำขออนุญาต

(1) เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว และเป็นอำนาจของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

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

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

เห็นควร.....

.....  
( ..... )

ผู้ดำเนินการ

.....  
.....

.....  
.....

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

- คำขอ
- ขยายแผนปัจจุบัน
  - ใบแทนใบอนุญาต  ขยายสัญญาแผนปัจจุบัน
  - ย้ายสถานที่  ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
  - ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์

เขียนที่ .....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า .....

(ชื่อผู้รับอนุญาต)

มีผู้ดำเนินกิจการ ชื่อ..... (เฉพาะกรณีนิติบุคคล)

เลขที่บัตรประชาชน  ได้รับอนุญาตให้ขยาย.....

ใบอนุญาตเลขที่..... ณ สถานที่ขยายชื่อ.....

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

หมู่ที่..... ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ..... มี

ความประสงค์ขอ

ใบแทนใบอนุญาตขยายยา เนื่องจาก..... (ระบุเหตุที่ขอรับใบแทน)

ย้ายสถานที่ขยายชื่อ.....

ไปอยู่เลขที่..... ตรอก / ซอย ..... ถนน.....

หมู่ที่..... ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

<input type="checkbox"/> หลักฐานประกอบคำขอใบแทนใบอนุญาต (๑) รูปถ่ายของผู้ขออนุญาต หรือผู้แทนหรือผู้จัดการนิติบุคคล ขนาด ๓ x ๔ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป (๒) ใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแผนปัจจุบัน (ถ้ามี) (๓) ใบรับแจ้งความของสถานีตำรวจแห่งท้องที่ที่ใบอนุญาตนั้น สูญหายมาด้วย (๔) ใบอนุญาตใบเดิม (กรณีที่ใบอนุญาตถูกทำลายในสาระสำคัญ)	<input type="checkbox"/> หลักฐานประกอบคำขอย้ายสถานที่ (๑) ใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแผนปัจจุบันหรือใบแทนปัจจุบันหรือใบแทน (๒) แบบแปลนแผนผังสิ่งปลูกสร้างของสถานที่ขยายแห่งใหม่ (๓) เอกสารอื่นถ้าจำเป็น
--	--

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ขออนุญาต  
(..... 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  
(เฉพาะสถานที่ขยายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ)

ใบประกอบวิชาชีพ / หนังสือรับรอง เลขที่ .....

ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... วันหมดอายุ (ถ้ามี).....

(๒) ข้าพเจ้าไม่อยู่ระหว่างการพักใช้ใบประกอบวิชาชีพ

(๓) ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขณะนี้ข้าพเจ้ามิได้เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแห่งใด

(๔) ขณะนี้ข้าพเจ้า  ไม่ได้รับราชการหรือทำงานอยู่แห่งใด รับราชการหรือทำงานอยู่ที่ .....

เวลาราชการ / เวลาทำงาน.....

(๕) ข้าพเจ้าจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำ ณ สถานที่ขยายยาชื่อ .....

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

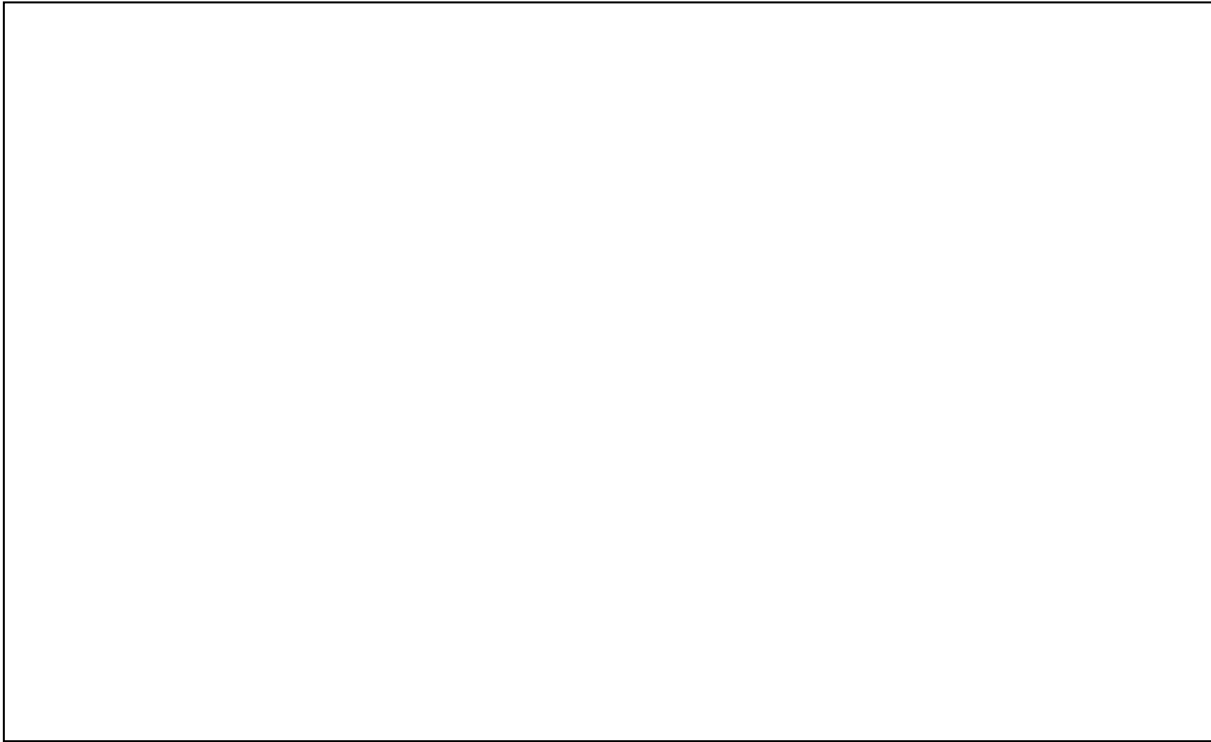
---

หมายเหตุ :- ใส่เครื่องหมาย  ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

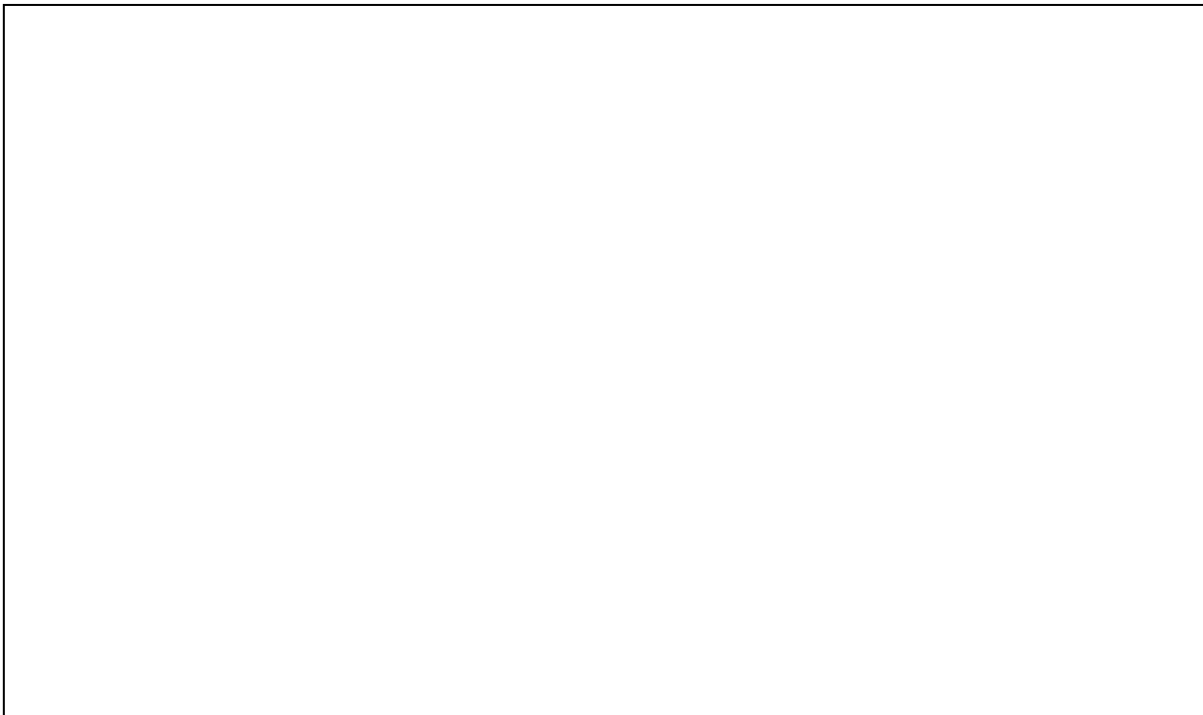
ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

.....



1. ภาพลักษณะของอาคารสถานที่ขออนุญาต



2. ด้านหน้าสถานที่ (ป้าย, เลขที่)

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ลงชื่อ.....



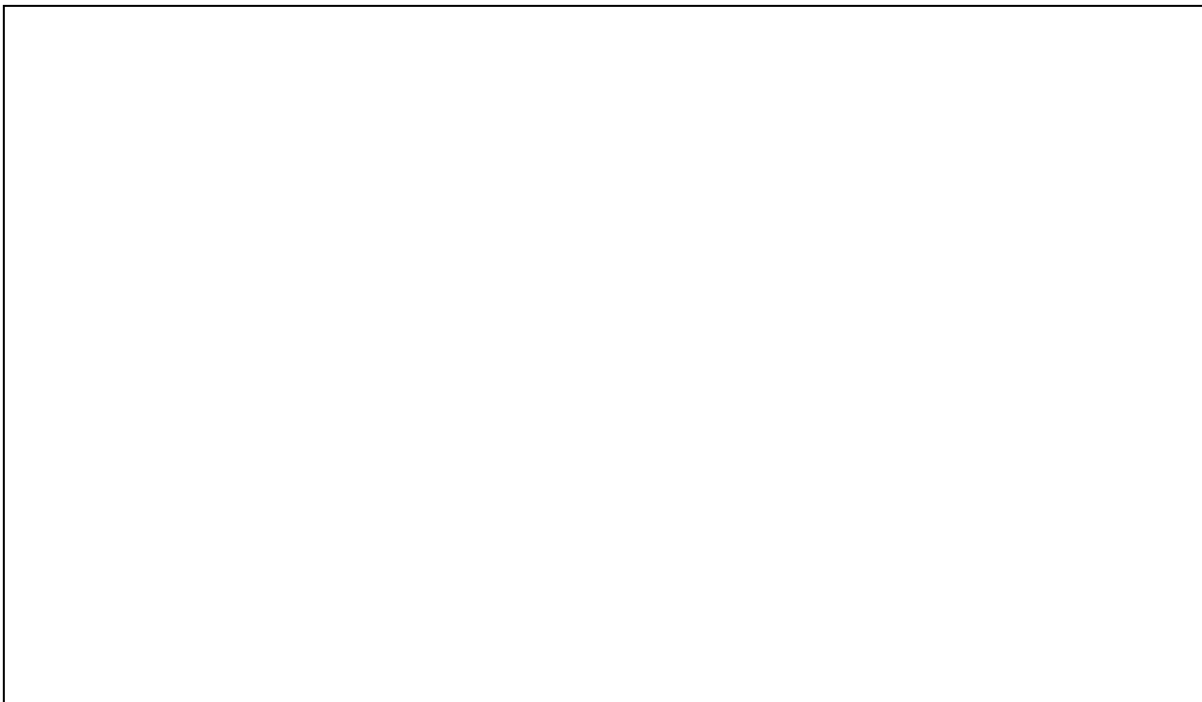
ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

.....



3. โตะผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ



4. บริเวณภายใน ด้านขวา

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ลงชื่อ.....

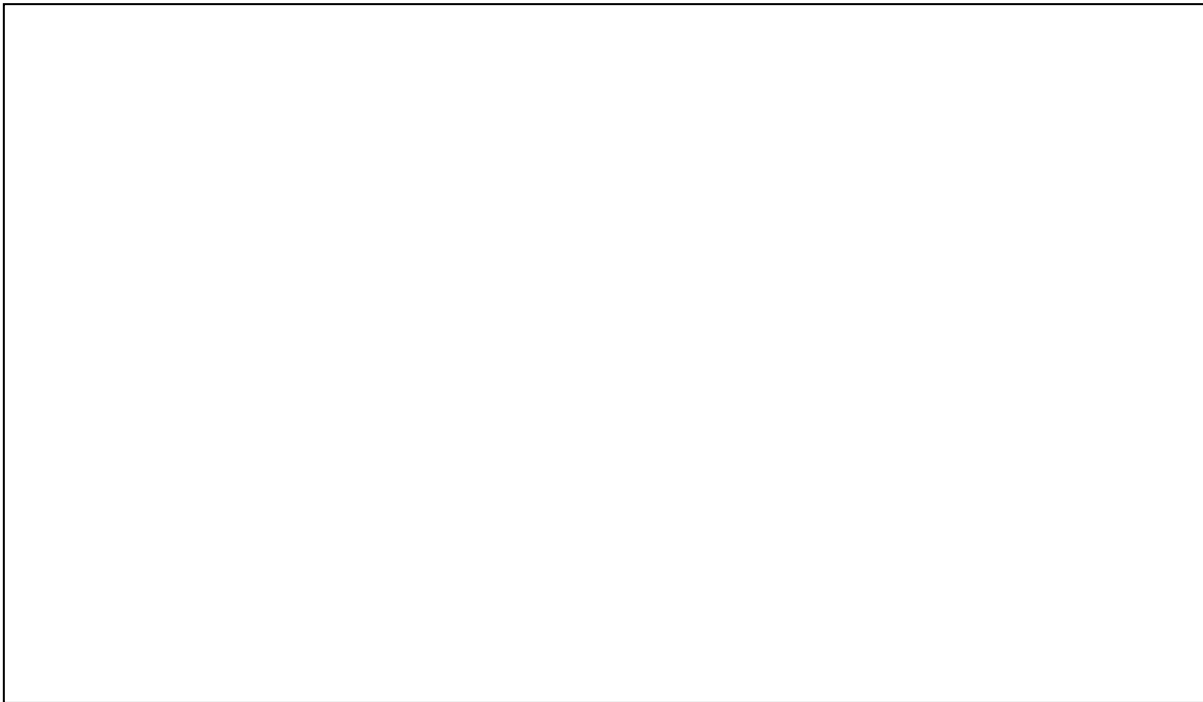
ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

.....



5. บริเวณภายใน ด้านซ้าย

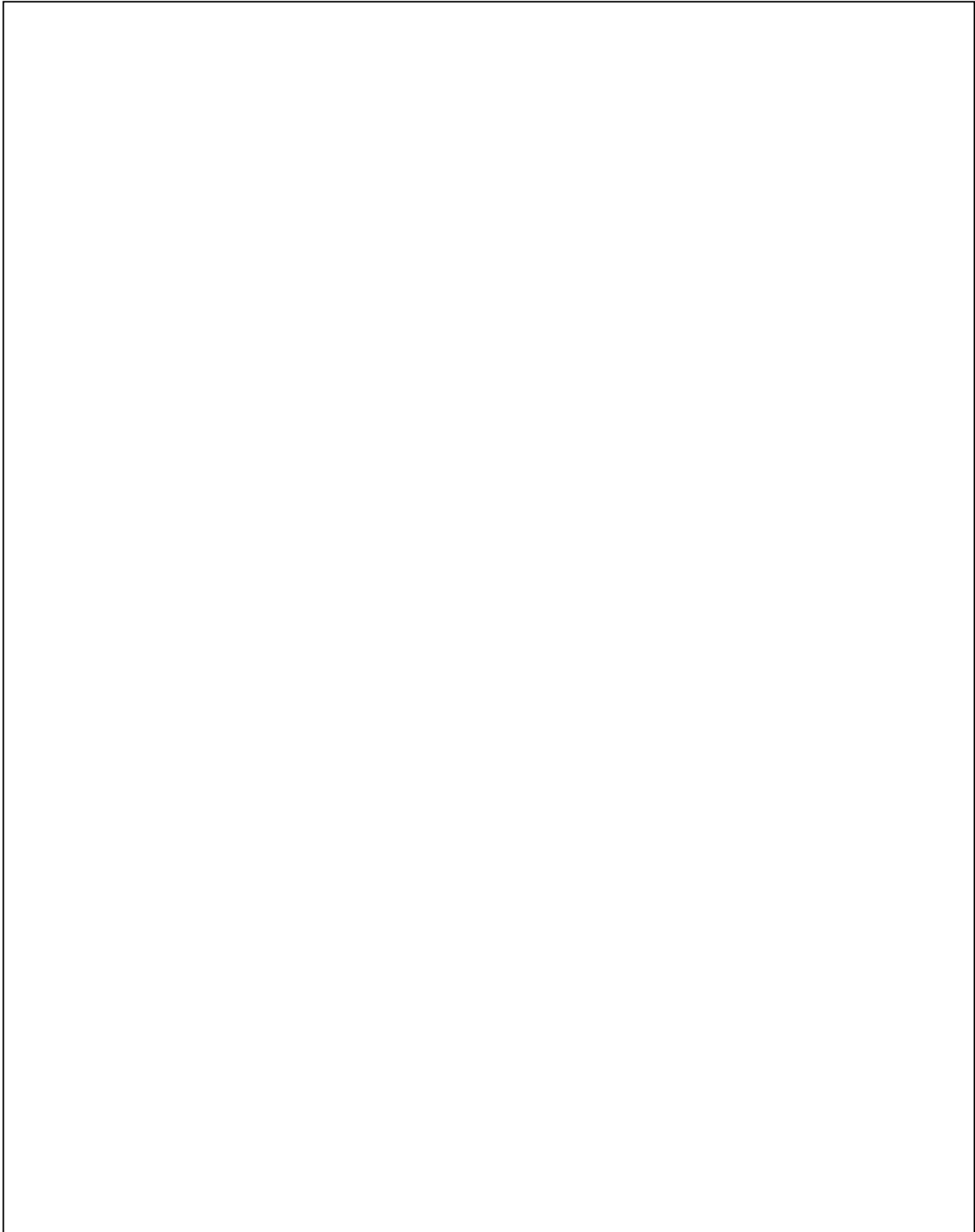


6. ป้ายแสดงสถานที่ประกอบการและป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

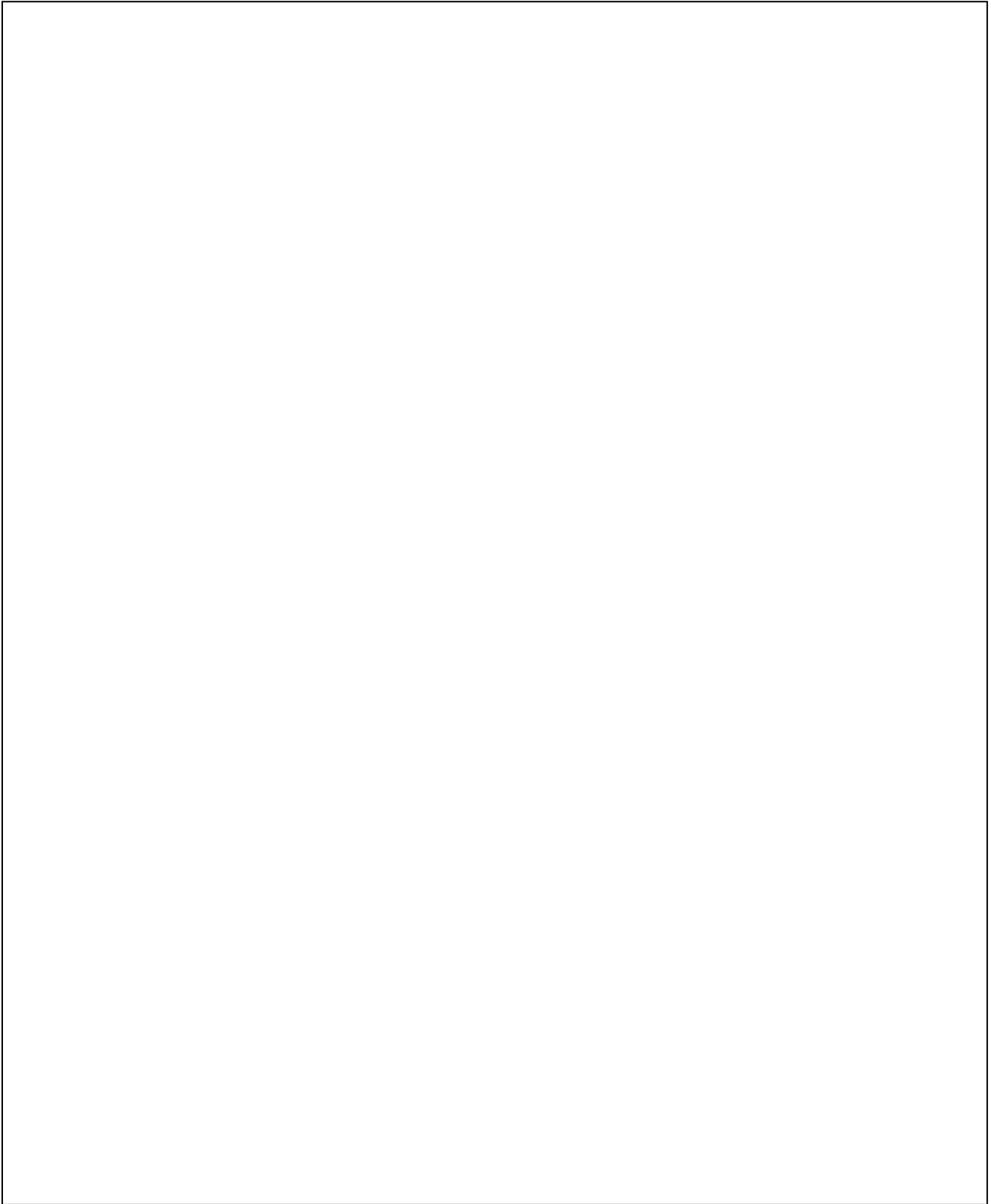
ลงชื่อ.....

แผนที่ตั้งของสถานที่.....  
.....



รับรองว่าเป็นความจริง  
ลงชื่อ.....

แผนผังภายในของสถานที่.....  
.....



หมายเหตุ ให้ระบุความกว้าง ลึกของร้าน  
และขนาดของผู้ด้วย

รับรองว่าเป็นความจริง  
ลงชื่อ.....