

บันทึกการตรวจสอบเอกสารประกอบ
การย้ายสถานที่/ ขอบเขตสถานที่นำหรือสั่งยาแผนปัจจุบัน

ชื่อสถานที่ประกอบการ.....

| | รายการยื่นเอกสาร | ครั้งที่ | ครั้งที่ | ครั้งที่ |
|-------------|--|----------|----------|----------|
| | | 1 | 2 | 3 |
| ย้ายสถานที่ | | | | |
| | 1. ใบปะหน้า | | | |
| | 2. คำขออนุญาตแก้ไขเปลี่ยนแปลง | | | |
| | 3. สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต/ ผู้ดำเนินกิจการ | | | |
| | 4. สำเนาบัตรประชาชนผู้ขออนุญาต/ ผู้ดำเนินกิจการ | | | |
| | 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 และบริเวณโดยรอบตัวอย่างอาคาร 9.2 ด้านหน้าสถานที่ (ป้ายร้าน, เลขที่ร้าน) 9.3 โต๊ะผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ 9.4 บริเวณภายในร้าน การจัดชั้นวางยาหรือผลิตภัณฑ์ 9.5 ป้าย "สถานที่นำหรือสั่งยาแผนปัจจุบันเข้ามาในราชอาณาจักร" 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/ ผู้ดำเนินการ | | | |
| | 6. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับอนุญาต/ ผู้ดำเนินการ | | | |
| | 7. เอกสารแสดงว่าเป็นผู้ได้รับอนุญาต (สำเนาใบอนุญาตเดิม) | | | |
| | 8. เอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง | | | |

ตามที่ท่าน ได้ยื่นคำขออนุญาตฯ 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 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..... โดยมีผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ชื่อ.....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

.....

.....

.....

.....

| |
|-----------------------|
| เลขที่..... |
| วันที่..... |
| ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ |

คำขอ ใบแทนใบอนุญาต
 ย้ายสถานที่

นำหรือสั่งยาแผนปัจจุบันเข้ามาในราชอาณาจักร

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ซึ่งมีผู้ดำเนินการ

ชื่อ.....ได้รับอนุญาตให้นำหรือสั่งยาแผนปัจจุบันเข้ามาในราชอาณาจักร

(ชื่อผู้ขออนุญาต)

ตามใบอนุญาตที่.....ณ สถานที่นำหรือสั่งยา ชื่อ.....

อยู่เลขที่.....ต.รอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....

ใบแทนใบอนุญาตนำหรือสั่งยาแผนปัจจุบันเข้ามาในราชอาณาจักร เนื่องจาก

ขอ

(เหตุที่ขอรับใบแทน)

ย้ายสถานที่นำหรือสั่งยาแผนปัจจุบันเข้ามาในราชอาณาจักร

ในนามของ.....ไปอยู่เลขที่.....ต.รอก/ซอย.....

(ชื่อสถานที่นำหรือสั่งยา)

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

จังหวัด.....โทรศัพท์.....ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

หลักฐานประกอบคำขอใบแทนใบอนุญาต

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

(๒) ใบอนุญาตนำหรือสั่งยาแผนปัจจุบันเข้ามาในราชอาณาจักร ถ้ามี

หลักฐานประกอบคำขอย้ายสถานที่

(๑) ใบอนุญาตนำหรือสั่งยาแผนปัจจุบันเข้ามาในราชอาณาจักรหรือใบแทน

(๒) แบบแปลนแผนผังสิ่งปลูกสร้างของสถานที่นำหรือสั่งยาแห่งใหม่ จำนวน ๒ ชุด

(๓) เอกสารแสดงว่าเป็นผู้ได้รับอนุญาต

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

หมายเหตุ :- (๑) ในกรณีที่ใบอนุญาตสูญหาย ให้นำใบรับแจ้งความของสถานีตำรวจแห่งท้องที่ที่ใบอนุญาตนั้น

สูญหายมาด้วย

(๒) ในกรณีที่ใบอนุญาตถูกทำลายในสาระสำคัญ ให้นำใบอนุญาตนั้น มาด้วย

(๓) ใส่เครื่องหมาย ลงในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี สัญชาติ.....
อยู่เลขที่..... ซอย..... ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์..... ขอให้คำรับรอง ต่อ
พนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเกษตรสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการว่า

- (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

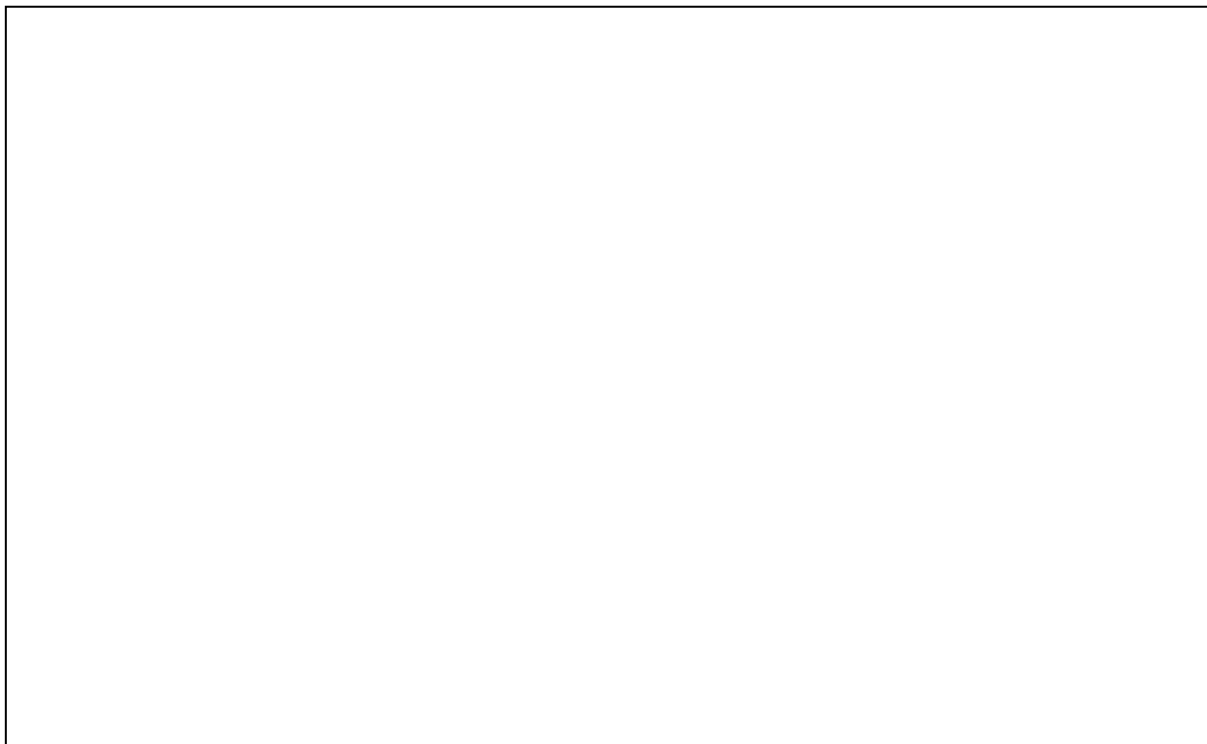
(ลายมือชื่อ)..... ผู้ให้คำรับรอง

(ลายมือชื่อ)..... พนักงานเจ้าหน้าที่

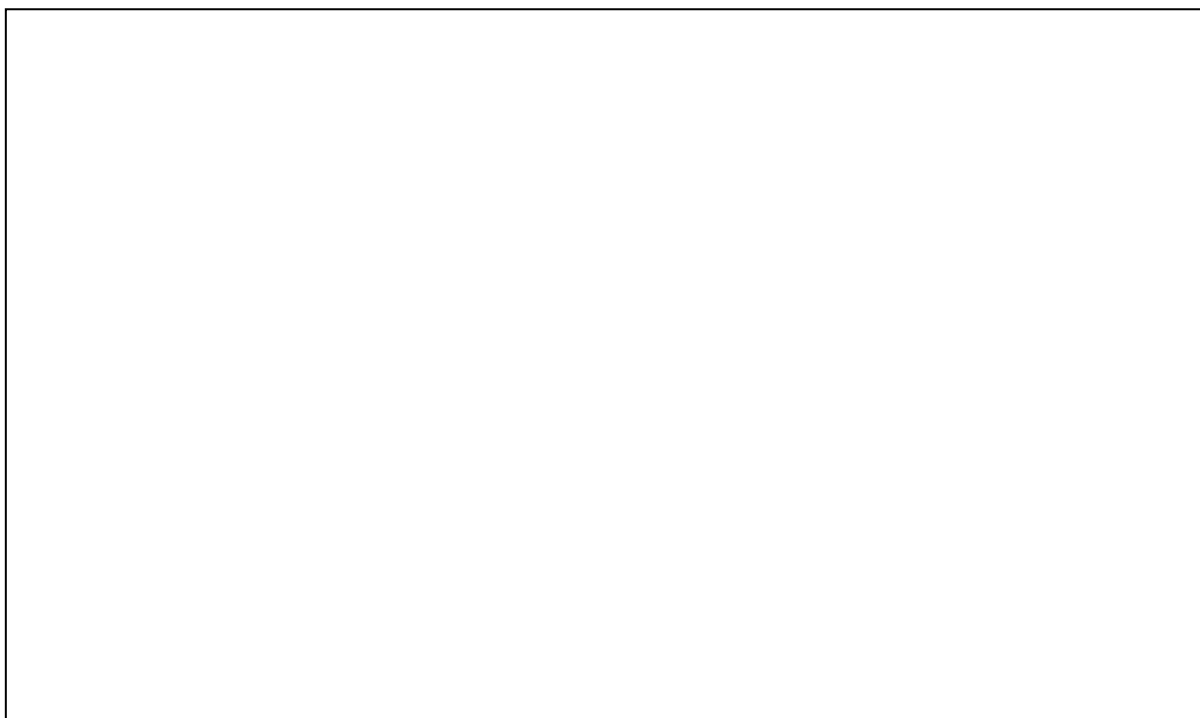
ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

.....



1. ภาพลักษณะของอาคารสถานที่ขออนุญาต



2. ด้านหน้าสถานที่ (ป้าย, เลขที่)

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

.....



3. โต๊ะผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ



4. บริเวณภายใน ด้านขวา

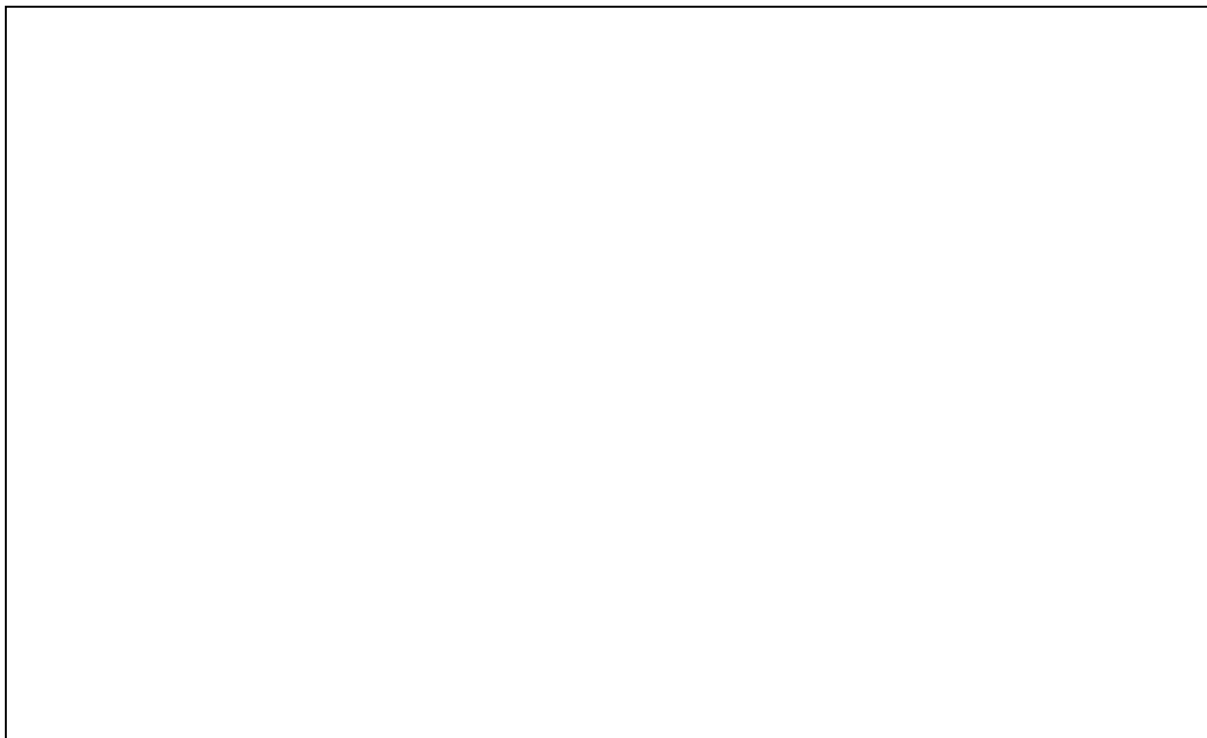
รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ลงชื่อ.....

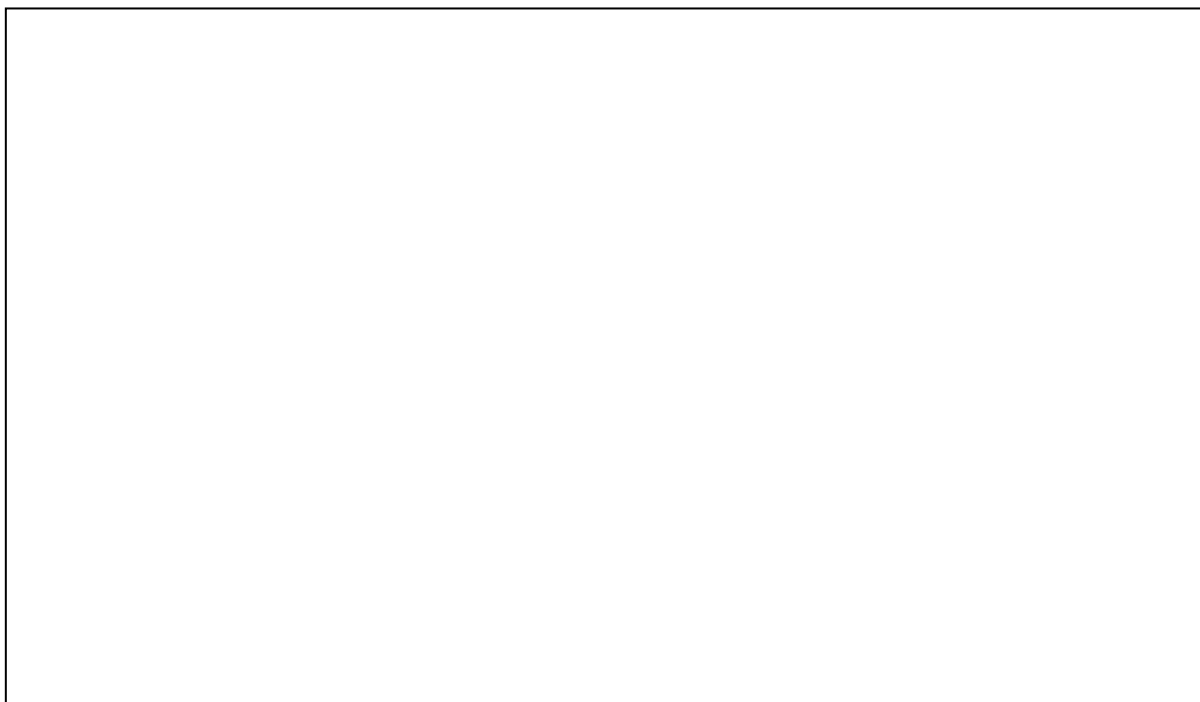
ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

.....



5. บริเวณภายใน ด้านซ้าย

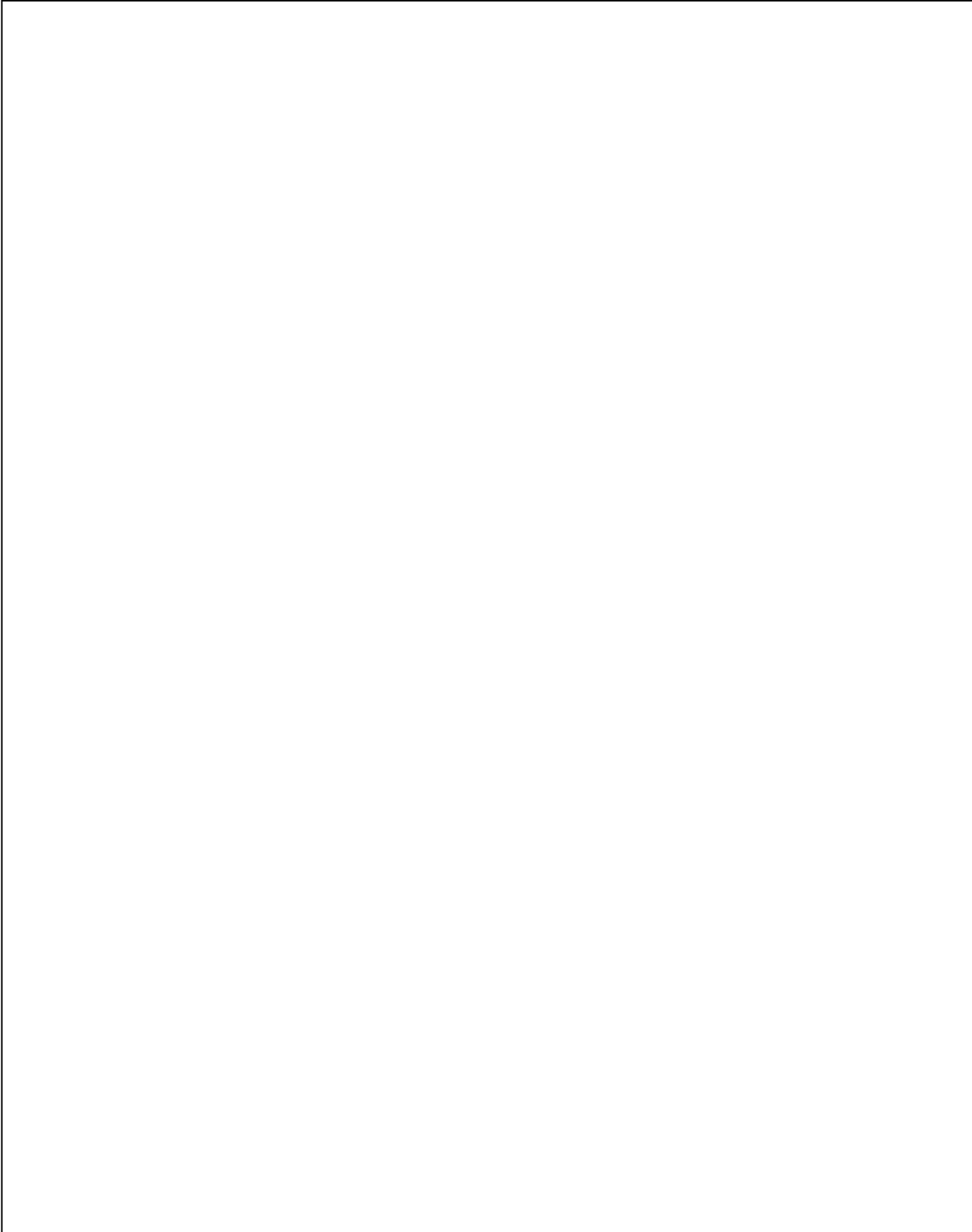


6. ป้ายแสดงสถานที่ประกอบการและป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ลงชื่อ.....

แผนที่ตั้งของสถานที่.....
.....
.....

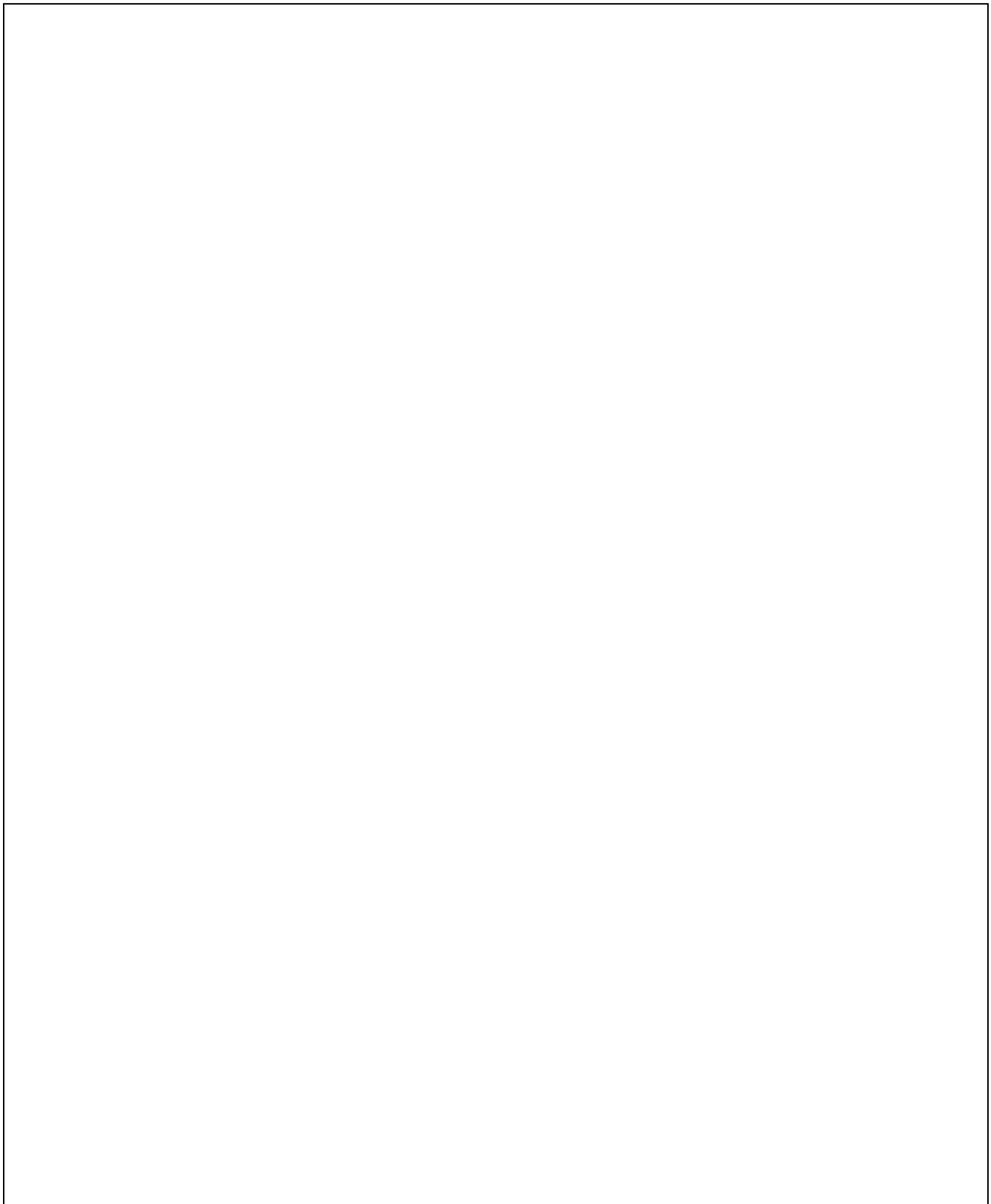


รับรองว่าเป็นความจริง
ลงชื่อ.....

แผนผังภายในของสถานที่.....

.....

.....



หมายเหตุ ให้ระบุความกว้าง ลึกของร้าน
และขนาดของผู้ด้วย

รับรองว่าเป็นความจริง
ลงชื่อ.....

