

บันทึกการตรวจสอบเอกสารประกอบ
เปลี่ยนแปลงเวลาทำการ-ชื่อร้าน-ชื่อ-สกุล

ชื่อสถานที่ประกอบการ.....

เปลี่ยนแปลง	รายการยื่นเอกสาร	ครั้งที่	ครั้งที่	ครั้งที่
		1	2	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) ตีอากรแสตมป์ 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) ตีอากรแสตมป์ 10 บาท พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ			
	7. ใบอนุญาต			

ตามที่ท่านได้ยื่นคำขออนุญาตฯ พร้อมเอกสารต่าง ๆ ให้กลุ่มงานตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสารประกอบ คำขอฯ ดังกล่าวนั้น ได้ตรวจสอบแล้ว ขอเรียนว่าคำขอฯ และเอกสารประกอบของท่าน

ครั้งที่ 1 วันที่..... () ครบถ้วน () ไม่ครบถ้วน และยังคงเอกสารหมายเลข.....
แก้ไข.....
ลายมือชื่อ..... ลายมือชื่อ.....
(ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ยื่น) (เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ)

ครั้งที่ 2 วันที่..... () ครบถ้วน () ไม่ครบถ้วน และยังคงเอกสารหมายเลข.....
แก้ไข.....
ลายมือชื่อ..... ลายมือชื่อ.....
(ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ยื่น) (เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ)

ครั้งที่ 3 วันที่..... () ครบถ้วน () ไม่ครบถ้วน และยังคงเอกสารหมายเลข.....
แก้ไข.....
ลายมือชื่อ..... ลายมือชื่อ.....
(ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ยื่น) (เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ)

ดังนั้น จึงขอให้ท่านจัดทำเอกสารดังกล่าวให้ครบถ้วน แล้วนำมายื่นใหม่อีกครั้ง และในระหว่างดำเนินการยื่นเอกสารนั้น 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..... 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

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า

(ชื่อผู้รับอนุญาต)

มีผู้ดำเนินการ ชื่อ..... (เฉพาะกรณีนิติบุคคล)

เลขที่บัตรประชาชน

- ได้รับอนุญาตให้ ขายยาแผนปัจจุบัน
- ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
- ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์
- 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 ตลอดระยะเวลาที่ข้าพเจ้าเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติภารกิจของสถานที่แห่งนี้โดยเคร่งครัด

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

(๑) สำเนาทะเบียนบ้าน

(๒) สำเนาบัตรประชาชน

(๓) คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน พร้อมตราประทับในกรณีรับราชการหรือทำงาน (ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กำหนด)

(๔) เอกสารอื่น ๆ (ถ้าจำเป็น)

ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

กรณีการขอใบอนุญาตใหม่ ให้ทำคำรับรองนี้ต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ให้คำรับรอง

(ลายมือชื่อ)..... พนักงานเจ้าหน้าที่

หมายเหตุ :- ใส่เครื่องหมาย ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

