

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต
เกี่ยวกับวัตถุประสงค์หรือยาเสพติดให้โทษในประเภท 2

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

(ชื่อผู้รับอนุญาต)

ซึ่งมีผู้ดำเนินกิจการชื่อ.....ได้รับอนุญาตให้.....

.....ตามใบอนุญาตที่.....

ณ สถานที่ชื่อ.....อยู่เลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....

ขอเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตดังต่อไปนี้

- เปลี่ยน.....จาก.....

เป็น.....

- เปลี่ยน.....จาก.....

เป็น.....

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

1. ต้นฉบับใบอนุญาตที่ต้องการแก้ไข

2. เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง

- กรณีเปลี่ยนแปลงชื่อสถานพยาบาล ได้แก่

2.1 สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

2.2 สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

2.3 รูปถ่ายคลินิก หรือ โรงพยาบาล จำนวน 2 รูป

- รูปที่ 1 แสดงลักษณะอาคาร

- รูปที่ 2 แสดงป้าย เลขที่ของสถานที่ตั้ง

- กรณีแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการอื่นๆ แนบเอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง

กรณีบุคคลธรรมดา (ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ () (ผู้ดำเนินกิจการ)	กรณีนิติบุคคล (ลายมือชื่อ).....กรรมการบริษัท () (ลายมือชื่อ).....กรรมการบริษัท ()
---	---

ผลการตรวจรับ ครั้งที่ 1 เอกสารครบถ้วนถูกต้อง รับคำขอและเอกสารไว้เพื่อดำเนินการต่อไป เอกสารไม่ครบถ้วนไม่ถูกต้อง เนื่องจาก

.....
.....

 ให้ยื่นเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมภายในระยะเวลา ๖ วันทำการ
นับจากวันที่ได้รับเรื่องหากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์
ในการคืนคำขอ คืนเอกสารคำขอ แล้วให้นำยื่นใหม่ภายหลัง
พร้อมแก้ไขให้ถูกต้อง

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ ลงชื่อ.....

รับทราบผลการตรวจเอกสาร วันที่...../...../.....

ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ.....

วันที่...../...../.....

ครั้งที่ 2 เอกสารครบถ้วน เอกสารไม่ครบถ้วนไม่ถูกต้อง คืนเอกสารคำขอ

.....
.....

ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ.....

วันที่...../...../.....

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

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขออนุญาต.....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ยื่นขออนุญาตตามพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ.2518 ของสถานประกอบการ
ชื่อ.....ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....
ซอย.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดสมุทรปราการ
โทรศัพท์.....

() ขออนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์

() รายการที่ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง.....

.....
.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยื่นคำขออนุญาต

(1) เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว และเป็นอำนาจของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

ตาม () พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ.2518 มาตราที่.....

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

เห็นควร.....

.....

(.....)

ผู้ดำเนินการ

.....

.....

.....

.....

แบบ ค.จ.๑

ที่ปิดรูปถ่าย
ผู้ขอรับ
ใบอนุญาตหรือ
ผู้ดำเนินการ

เลขรับที่.....
วันที่.....
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

คำขอรับใบอนุญาต
ให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์

เขียนที่.....

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ซึ่งมีผู้ดำเนินกิจการ
(ชื่อผู้ขอรับใบอนุญาตหรือนิติบุคคล)

คือ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....
อยู่เลขที่.....ตรอกซอย.....ถนน.....
หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอรับใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท.....
ในนามของ (ชื่อสถานที่ให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์).....
อยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....

วัตถุประสงค์ในการขอรับใบอนุญาต คือ.....

พร้อมกับคำขอนี้ ข้าพเจ้าได้ส่งมอบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

- (1) รูปถ่ายขนาด ๓ x ๔ เซนติเมตร ๓ รูป
- (2) เอกสารแสดงการเป็นเจ้าของกิจการ
- (3) สำเนาทะเบียนบ้าน
- (4) ใบสำคัญแสดงว่าเป็นผู้รับมอบหมายให้ดำเนินการของนิติบุคคลผู้ขอรับใบอนุญาต (ถ้าเป็นนิติบุคคล)
- (5) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

หนังสือมอบอำนาจ
ให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาต
ให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ จากนิติบุคคล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....
และนาย/นาง/นางสาว.....กรรมการผู้มีอำนาจลงนามแทน
บริษัท.....
ซึ่งตั้งอยู่เลขที่.....

ขอมอบอำนาจให้ นาย/นาง/นางสาว.....
เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ แทนบริษัท ฯ

การใดที่ นาย/นาง/นางสาว.....
ได้กระทำไป ให้ถือเสมือนว่าเป็นการกระทำของข้าพเจ้า และบริษัท ฯ ขอรับผิดชอบทุกประการ

ติดอากร ๓๐.-บาท
ประทับตราบริษัท

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ถ่ายเอกสารพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและ
ของผู้รับมอบอำนาจแนบเป็นหลักฐานด้วย

หนังสือมอบอำนาจ
ให้ผู้ยื่นมายื่นและรับเอกสารเกี่ยวกับใบอนุญาต
ให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เป็นผู้ดำเนินกิจการในสถาน
ที่ประกอบการชื่อ.....ตั้งอยู่เลขที่.....
ซอย/ตรอก.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....อายุ.....
อยู่เลขที่.....ซอย/ตรอก.....หมู่ที่.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....บัตรประชาชน/บัตรข้าราชการเลขที่.....

เป็นผู้ดำเนินการ ขอรับใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์

แก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์

ต่ออายุใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์

อื่นๆ (ระบุ).....

ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....แทนข้าพเจ้า ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการของข้าพเจ้าที่รับรองเอกสารแล้ว

2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการของผู้รับมอบอำนาจที่รับรองเอกสารแล้ว

การใดที่นาย/นาง/นางสาว.....ได้กระทำไปให้ถือเสมือนเป็นการกระทำของข้าพเจ้าและ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

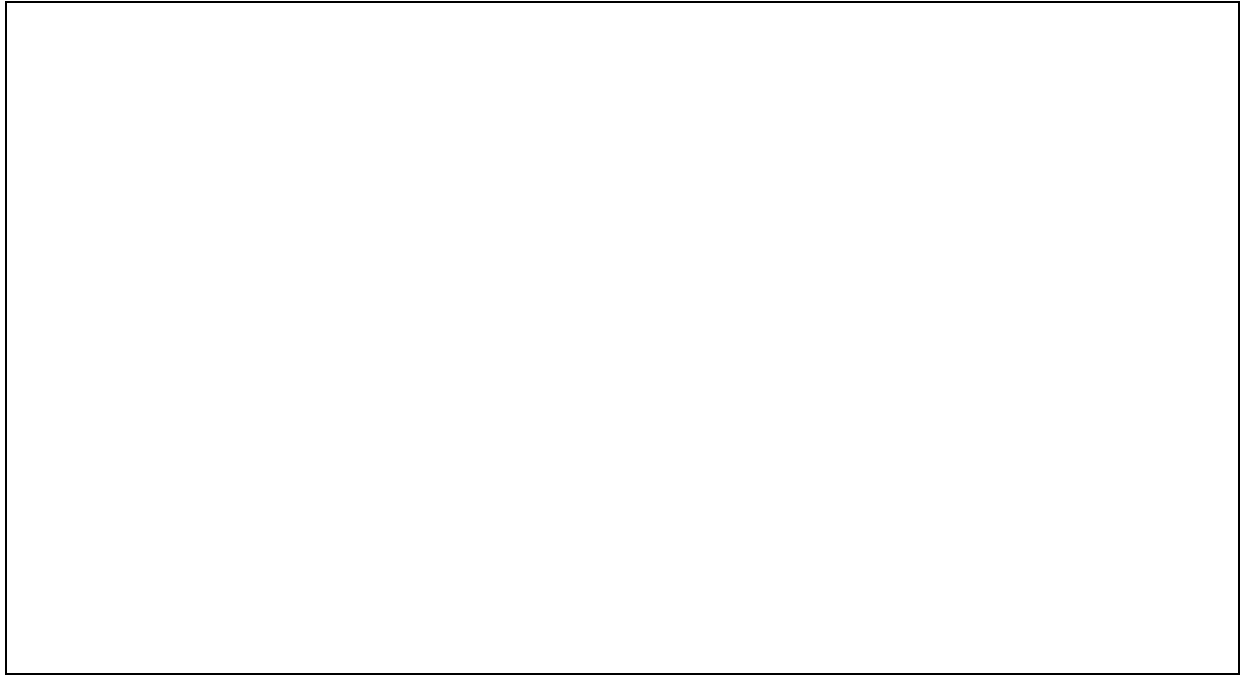
ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

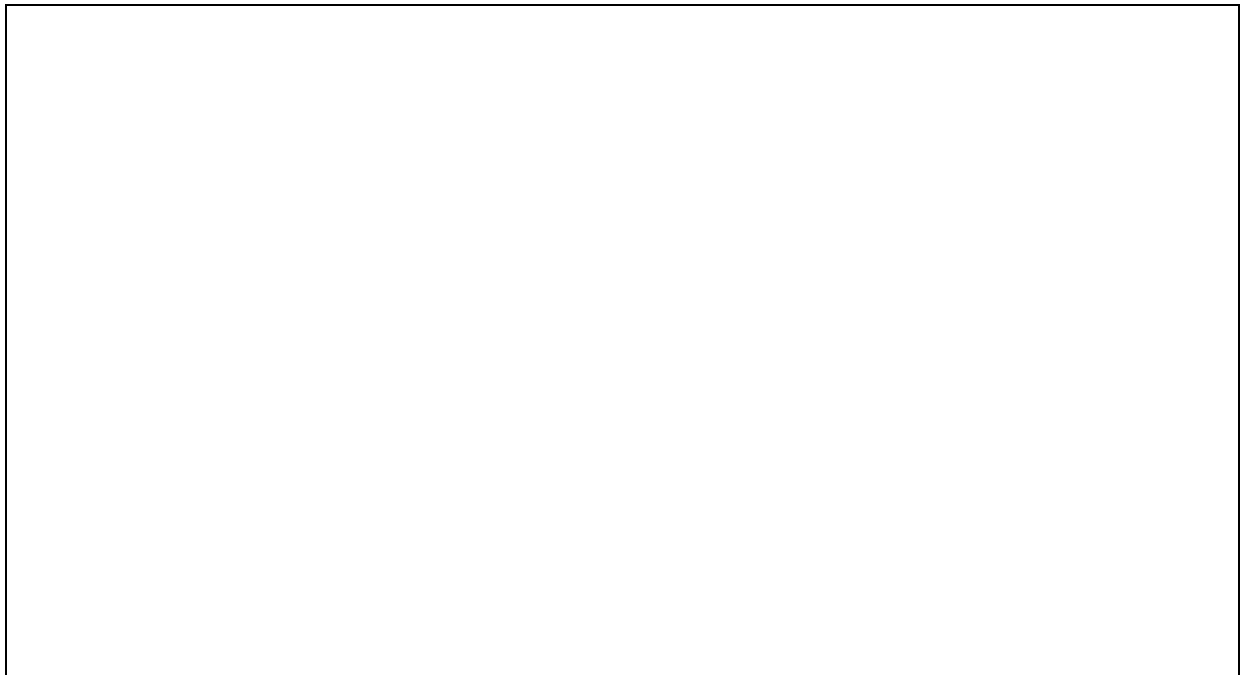
ติดอากร ๑๐.-บาท
ประทับตราบริษัท

รูปถ่ายสถานพยาบาลชื่อ.....เวลาทำการ.....

รูปที่ 1 แสดงลักษณะอาคารของสถานที่ที่ขออนุญาต



รูปที่ 2 แสดงป้าย,เลขที่ตั้ง ของสถานที่ที่ขออนุญาต



รับรองว่าเป็นความจริง

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ขอรับอนุญาต

วันที่...../...../.....