

**ใบตรวจรับเอกสารประกอบคำขอรับใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษ  
ในประเภท 2 หมวด ก สำหรับสถานพยาบาลรัฐบาล/ หน่วยงานราชการ**

ชื่อสถานประกอบการ.....ชื่อผู้ดำเนินกิจการ.....

สำหรับ ผู้ประกอบการ	การตรวจรับเอกสาร	สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ		
		มี		ไม่มี
		ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
<input type="checkbox"/>	1) แบบปะหน้า (เสนอนายแพทย์สาธารณสุข)			
<input type="checkbox"/>	2) แบบคำขอรับใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 (แบบ ย.ส.1)			
<input type="checkbox"/>	3) รูปถ่ายผู้ดำเนินกิจการ ขนาด 3x4 เซนติเมตร จำนวน 3 รูป (ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน)			
<input type="checkbox"/>	4) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดำเนินกิจการ			
<input type="checkbox"/>	5) สำเนาบัตรข้าราชการ หรือ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้ดำเนินกิจการ			
<input type="checkbox"/>	6) สำเนาคำสั่งแต่งตั้งให้เป็นหัวหน้าส่วนราชการ ของผู้ดำเนินกิจการ			
<input type="checkbox"/>	7) สำเนาบัตรประจำตัวผู้เสียภาษี ของส่วนราชการ (ถ้ามี)			
<input type="checkbox"/>	8) สำเนาทะเบียนบ้าน ของที่อยู่สถานที่ (ที่ปรากฏอยู่ในสำเนาบัตรประจำตัวผู้เสียภาษี) (ถ้ามี)			
	9) <b>กรณีขอครอบครองสำหรับหน่วยงานในกำกับของรัฐ</b>			
<input type="checkbox"/>	9.1) หนังสือมอบอำนาจให้ผู้ดำเนินกิจการในใบอนุญาตฯ <b>กรณีมหาวิทยาลัย :-</b> ต้องได้รับมอบอำนาจจากอธิบดี			
<input type="checkbox"/>	9.2) หนังสือมอบอำนาจให้ผู้ดำเนินกิจการในใบอนุญาตฯ <b>กรณีหน่วยงานระดับกรม/เทียบเท่า :-</b> ต้องได้รับมอบอำนาจจากอธิบดี/ ตำแหน่งที่เทียบเท่า			
<input type="checkbox"/>	9.3) ค่าธรรมเนียม 1,000 บาท (เฉพาะกรณีหน่วยงานในกำกับของรัฐ ข้อ 9) <b>กรณีโรงพยาบาลรัฐบาล ได้รับการยกเว้นค่าธรรมเนียม</b>			
	10) <b>เอกสารเพิ่มเติมกรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นมายื่นเอกสาร</b>			
<input type="checkbox"/>	10.1) หนังสือมอบอำนาจให้ผู้อื่นมายื่นเอกสารเกี่ยวกับใบอนุญาตฯ วัตถุประสงค์ หรือแบบมอบอำนาจให้ผู้อื่นมายื่นเอกสารเกี่ยวกับใบอนุญาตฯ วัตถุประสงค์			
<input type="checkbox"/>	10.2) สำเนาบัตรข้าราชการ หรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้มอบอำนาจ			
<input type="checkbox"/>	10.3) สำเนาบัตรข้าราชการ หรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับมอบอำนาจ			

ข้าพเจ้าขอให้สัญญาว่า

- 1) จะปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขต่าง ๆ ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการกำหนด
- 2) ยินยอมให้หน่วยรับรองระบบงานหรือองค์กร ที่เกี่ยวข้องกับการรับรองดำเนินการสังเกตการณ์การตรวจประเมินของคณะผู้ตรวจประเมินของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ณ สถานประกอบการของข้าพเจ้าตามที่ได้รับการร้องขอ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลต่าง ๆ ที่ให้ไว้นี้เป็นความจริงทุกประการ และได้รับเอกสารหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการรับรองไว้เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้ยื่นคำขอ (ผู้ดำเนินการ) /  
(.....) ผู้รับมอบอำนาจให้ยื่นเอกสาร

**ผลการตรวจรับ**

**ครั้งที่ 1**

เอกสารครบถ้วนถูกต้อง รับคำขอและเอกสารไว้เพื่อดำเนินการต่อไป

เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก

.....  
.....

ให้ยื่นเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมภายในระยะเวลา 5 วันทำการ นับจากวันที่ได้รับเรื่อง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ในการคืนคำขอ

คืนเอกสารคำขอ แล้วให้นำมายื่นใหม่ภายหลัง พร้อมแก้ไขให้ถูกต้อง

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ ลงชื่อ.....

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

(กรณีไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง)

ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ.....

วันที่...../...../.....

**ครั้งที่ 2**

เอกสารครบถ้วน

เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง 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.....

ยื่นขออนุญาตตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ของสถานประกอบการ

ชื่อ.....ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ซอย.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดสมุทรปราการ

โทรศัพท์.....

( ) ขออนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2

( ) รายการที่ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง.....

.....  
.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยื่นคำขออนุญาต

(1) เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว และเป็นอำนาจของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

ตาม ( ) พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 มาตราที่.....

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

เห็นควร.....

.....

(.....)

ผู้ดำเนินการ

.....

..

.....

..

.....

.....

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

ที่ปิดรูปถ่าย ของผู้รับใบอนุญาต หรือผู้ดำเนินการ  ขนาด 3x4 เลขเดิม๑๘
---

### คำขอรับใบอนุญาต

## จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

1. ข้าพเจ้า.....

(ชื่อผู้ขอรับใบอนุญาต)

อยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

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

2. ซึ่งมีผู้ดำเนินการ ชื่อ.....อายุ.....ปี

สัญชาติ.....อยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....

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

3. ขอรับใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ในหมวด..... (1)

หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ในหมวด..... (1)

4. สถานที่ทำการ ชื่อ.....อยู่เลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

5. วัตถุประสงค์ในการขอรับใบอนุญาต.....

6. ชื่อยาเสพติดให้โทษที่ขอรับใบอนุญาตตาม 3. ....

.....

7. พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

- (1) สำเนาหรือรูปถ่ายทะเบียนบ้าน
- (2) สำเนาหรือรูปถ่ายใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือใบอนุญาตประกอบกรบำบัดโรคสัตว์
- (3) หนังสือแสดงว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการของนิติบุคคลผู้ขอรับใบอนุญาตตาม 2.
- (4) สำเนารูปถ่ายใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาล หรือใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันแล้วแต่กรณี
- (5) รูปถ่ายของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ดำเนินการ ขนาด 3 x 4 เซนติเมตร จำนวน 3 รูป

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

- หมายเหตุ (1) หมวด ก. สำหรับกระทรวง ทบวง กรม องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น  
รวมทั้งกรุงเทพมหานคร สภากาชาดไทย หรือองค์กรเภสัชกรรม
- หมวด ข. สำหรับผู้ประกอบการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศ
- หมวด ค. สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแผน  
ปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาเภสัชกรรมหรือทันตกรรม  
หรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่ง
- (2) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

## หนังสือมอบอำนาจ

### ให้ผู้อื่นมาขึ้น และรับเอกสารเกี่ยวกับ ใบอนุญาต ฯ วัตถุประสงค์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

ขอมอบอำนาจให้.....อายุ.....ปี  
อยู่เลขที่.....ซอย/ตรอก.....หมู่ที่.....ถนน.....  
ตำบล/แขวง.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....บัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการ  
เลขที่.....

เป็นผู้ดำเนินการแทนเกี่ยวกับการ  ขอรับใบอนุญาต.....

แก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต.....

ต่ออายุใบอนุญาต.....

อื่น ๆ (ระบุ).....

โดยเป็นผู้ขึ้น / รับเอกสาร ตลอดถึงการแก้ไขเอกสาร ที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
สมุทรปราการ แทนข้าพเจ้า ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

1. สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ ของข้าพเจ้าที่รับรองเอกสารแล้ว
2. สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ ของผู้รับมอบอำนาจที่รับรองเอกสารแล้ว

การใดที่ นาย / นาง / นางสาว.....ได้กระทำไปให้ถือเสมือน

เป็นการกระทำของข้าพเจ้า และข้าพเจ้าขอรับผิดชอบทุกประการ

ลงชื่อ ..... ผู้มอบอำนาจ

( ..... )

ลงชื่อ ..... ผู้รับมอบอำนาจ

( ..... )

ลงชื่อ ..... พยาน

( ..... )

ลงชื่อ ..... พยาน

( ..... )

ติดอากร 30.- บาท  
ประทับตราบริษัทฯ (ถ้ามี)

