

เอกสารประกอบการขออนุญาตและคำแนะนำ
(ฉบับปรับปรุง พ.ศ.๒๕๖๓)

การขออนุญาตขยายยาแผนปัจจุบัน
ตามกฎหมายกระทรวงการขออนุญาต
และการออกใบอนุญาตขยายยาแผนปัจจุบัน
พ.ศ.๒๕๕๖

งานทะเบียนและใบอนุญาต ของ พระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

โทร. ๐๒ ๓๘๙ ๕๙๘๐ ต่อ ๑๐๖, ๑๐๗, ๑๐๘

<http://www.spko.moph.go.th>

ขั้นตอนการขออนุญาตร้านขายยาแผนปัจจุบันของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
<p>๑. รับเอกสารคำขออนุญาตที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือ Download ที่ https://fdasamutprakan.com/form/drug/ พร้อมศึกษามาตรการ GPP. หากต้องการปรึกษารายละเอียดอื่นๆ สามารถติดต่อขอรับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบโดยตรง โดยสามารถนัดผ่านเจ้าหน้าที่เคาท์เตอร์บริการได้ อนึ่ง การขออนุญาตควรดำเนินการด้วยตนเอง ไม่ควรผ่านนายหน้าหรือ ผู้ให้บริการอื่นๆ (การยื่นเรื่องไม่ต้องเสียค่าบริการแต่อย่างใด) และผู้ประกอบการ จะต้องเข้าใจในระบบการดำเนินการร้านขายยาให้ได้มาตรฐาน GPP โดยผู้ที่จะขออนุญาต จะต้องมิเฝ้าชกรอยู่ประจำจริง ตามเวลาที่ขออนุญาตไว้</p>
↓
<p>๒. ดำเนินการจัดเตรียมเอกสาร ตามคำแนะนำการขออนุญาตฯ โดยกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน (ตามตัวอย่าง พร้อมรูปถ่าย) พร้อมประเมินตนเอง ตามแบบประเมินร้านขายยาที่ขออนุญาตใหม่ หากเห็นว่าสามารถดำเนินการได้ครบตามเกณฑ์ ยื่นเรื่องขออนุญาต</p>
↓
<p>๓. ยื่นเอกสารที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้จัดเรียงลำดับเอกสารตามแบบตรวจรายการเอกสาร โดย ผู้ขออนุญาต และ เกสซ์กรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องมาแสดงตน (นำ เอกสารตัวจริง ตามกำหนดมาแสดงให้ครบถ้วน) หาก จนท.ตรวจพบว่าเอกสารไม่ครบถ้วน จนท. จะคืนคำขอเพื่อนำไปแก้ไขให้ถูกต้องแล้วจึงนำมายื่นใหม่ หากครบถ้วน จนท.จะรับเอกสารพร้อมจัดเก็บ ค่าพิจารณาคำขอตาม ม.๔๔ ๕๐๐ บาท จึงจะลงทะเบียนรอนัดการตรวจ</p>
↓ (๑ สัปดาห์ +)
<p>๔. นัดวันตรวจสถานที่ โดยเจ้าหน้าที่จะโทรฯ ไปนัดล่วงหน้า ตามเบอร์โทรศัพท์ที่แจ้งไว้ ทางผู้ขออนุญาตจะต้องจัดเตรียมพาหนะรับและส่ง เจ้าหน้าที่ตามเวลานัดหมาย ในวันที่เข้าตรวจสอบร้าน ให้ผู้ที่รับการตรวจ ได้แก่ ผู้ขออนุญาต และ เกสซ์กรผู้มีหน้าที่และพนักงานร้าน จัดเตรียมร้าน ตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (GPP) ทั้งนี้ห้ามจำหน่ายสินค้าใดๆ ภายในร้านจนกว่าจะได้รับอนุญาต</p>
↓ (ภายใน ๓๐ วัน ตามรอบการประชุมของคณะกรรมการฯ)
<p>๕. การสอบสัมภาษณ์ ทางเจ้าหน้าที่จะโทรศัพท์แจ้งวัน-เวลา ให้ ผู้ขออนุญาตและเกสซ์กร มารับการสอบสัมภาษณ์ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งมีรอบระยะเวลาการนัด เดือนละ ๑ ครั้ง ในช่วงปลายเดือน โดยคณะกรรมการพิจารณาการอนุญาตสถานประกอบการด้านยาของจังหวัด (นพ.สจ. เป็นประธานคณะกรรมการฯ)</p>
↓ ๗ วัน
<p>๖. การรับใบอนุญาต หากผ่านการสัมภาษณ์ โดยไม่มีเงื่อนไขการแก้ไขหรือปรับปรุง เจ้าหน้าที่จะเสนอเรื่องการขออนุญาตให้ผู้มีอำนาจอนุญาตลงนาม การรับใบอนุญาต ผู้ขออนุญาตสามารถโทรศัพท์มาตรวจสอบได้ภายใน ๗ วันหลังวันสัมภาษณ์ หากใบอนุญาตเสร็จแล้ว ขอให้ผู้ขอรับใบอนุญาตมารับ ใบอนุญาตด้วยตนเองพร้อมชำระเงินค่าใบอนุญาตสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ๒,๐๐๐ บาท จากนั้นจึงสามารถวางยาบนชั้น และดำเนินการขายยา รวมถึงสามารถยื่นคำขอตรวจประเมิน GPP เพื่อใช้ต่ออายุใบอนุญาตประจำปีต่อไป</p>
↓ หลังเปิดบริการ
<p>๗. การตรวจเฝ้าระวัง ในแต่ละปี จะมีพนักงานเจ้าหน้าที่ไปตรวจร้านที่ขอใหม่ อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง โดยไม่มีการแจ้งล่วงหน้า หากพบการกระทำ การฝ่าฝืนพบ.ยา จนท.จะดำเนินการส่งให้คณะกรรมการพิจารณาทางคดี ดำเนินการพิจารณาความผิดต่อผู้รับอนุญาตและต่อเกสซ์กร ตามที่ได้เซ็น หนังสือยินยอมให้ดำเนินการตามที่ได้ลงนามไว้ ต่อหน้าคณะกรรมการอนุญาตฯ เสนอสภาเภสัชกรรมต่อไป และร้านที่ผ่าน GPP. จะต้องได้รับการ ตรวจประเมิน GPP ภายใน ๒ ปี ก่อนต่ออายุใบอนุญาตใหม่</p>
↓
<p>๘. การต่ออายุ การยื่นต่ออายุใบอนุญาต ผู้รับอนุญาตจะต้องยื่นเอกสารก่อนวันที่ ๓๑ ธันวาคมของทุกปี โดยเจ้าหน้าที่จะส่งหนังสือราชการแจ้ง รายละเอียดพร้อมเอกสารแบบฟอร์มไปยังที่อยู่ตามใบอนุญาต หรือ Download ได้ที่ https://fdasamutprakan.com * ในวันที่มาต่ออายุ ผู้รับอนุญาตและเกสซ์กร ต้องมาแสดงตนต่อพนักงานเจ้าหน้าที่</p>

แบบการตรวจสอบเอกสารสำหรับการขออนุญาตขายแผนปัจจุบัน

หมายเหตุ.....

ชื่อสถานประกอบการ.....

(ผ่านการตรวจสอบชื่อแล้วจาก กลุ่มงานคุ้มครองฯ)

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อ.....วันนัดตรวจร้าน.....

(ผู้ขออนุญาต โปรดจัดเรียงเอกสารตามลำดับด้านล่าง เพื่อความรวดเร็วและสะดวกในการตรวจสอบ)

[] บุคคลธรรมดา	รายการ	ครั้งที่ ๑	ครั้งที่ ๒	ครั้งที่ ๓
	๑. ใบปะหน้า (โปรดกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน พร้อมลงวันที่ในวันที่ยื่นเสนอ)			
	๒. คำขอ แบบ ข.ย.๑ (โปรดกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน พร้อมลงวันที่ในวันที่ยื่นเสนอ)			
	๓. รูปถ่ายสีของผู้ขออนุญาต ขนาด ๓x๔ ซม. (๑.๕ นิ้ว) ๓ รูป (รูปถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน)			
	๔. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาตและลงลายมือชื่อผู้ขออนุญาตกำกับ พร้อมตัวจริง (สำหรับบุคคลต่างชาติ ใช้หนังสือขออนุญาตทำงานที่ออกโดยกระทรวงแรงงานฯ และหนังสือเดินทาง)			
	๕. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ขออนุญาตและลงลายมือชื่อผู้ขออนุญาตกำกับ พร้อมตัวจริง			
	๖. ใบรับรองแพทย์ของผู้ขออนุญาต ไม่เกิน ๑ เดือน (ต้องระบุโรคต้องห้ามตามกฎหมายฯ ได้แก่ โรคเรื้อน, วัณโรคในระยะอันตราย, โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม, โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง, โรคพิษสุราเรื้อรัง) (ตัวจริง)			
	๗. สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ จำนวน ๓ ชุด (ให้สสจ. ๑ ชุด ที่เหลือให้ผู้ขออนุญาตและเภสัชกรผู้มีหน้าที่ฯ)			
	๘. หลักทรัพย์ (สมุดเงินฝาก/โฉนดที่ดิน) จำนวนเงินตั้งแต่ ๑๐,๐๐๐ บาทขึ้นไป ๑. หนังสือรับรองเงินฝากจากสถาบันการเงิน ไม่นาน เกิน ๓ เดือน หรือ ๒. สำเนาโฉนดที่ดินที่ไม่ติดภาระผูกพันพร้อมตัวจริง			
	๙. สำเนาสัญญาเช่า (กรณีเช่าสถานที่) หรือ สำเนาหนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่และลงลายมือชื่อกำกับ			
	๑๐. สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ที่ขออนุญาต หรือ สำเนาสัญญาซื้อขายสิ่งปลูกสร้างฯ หรือ สำเนาใบอนุญาตก่อสร้างฯ หรือ สำเนาเอกสารอ้างกรรมสิทธิ์ และลงลายมือชื่อผู้ขออนุญาตกำกับ			
	๑๑. สำเนาบัตรประชาชนของเจ้าของสถานที่ที่ให้เช่า/ ยินยอม และลงลายมือชื่อเจ้าของฯ กำกับ			
	๑๒. หนังสือมอบอำนาจ ถ้าผู้ขออนุญาตหรือผู้ดำเนินการ ไม่สามารถมาติดต่อด้วยตนเอง พร้อมอากรแสตมป์ ๑๐ บาท			
	๑๓. แผนที่ แสดงที่ตั้งของสถานที่ขออนุญาต โดยแสดงการเดินทางจาก สสจ.ไปที่สถานที่ขออนุญาต โดยละเอียด			
	๑๔. แผนผัง แสดงรายละเอียดภายใน โดยระบุความกว้างยาวของด้านต่างๆ ของอาคาร การจัดวางตู้ โต๊ะ และพื้นที่ส่วนบริการต่างๆ โดยแสดงขนาดเป็นหน่วยเมตร อย่างชัดเจน			
	๑๕. รายละเอียดรูปถ่ายต่างๆ ของสถานที่ขออนุญาต (ใช้กระดาษสำหรับอัดรูปถ่ายเท่านั้น ห้ามใช้กระดาษ A๔ ธรรมดา) ๑. ภาพลักษณะของอาคารสถานที่ที่ขออนุญาต โดย ตัวอาคารสร้างด้วยวัสดุที่มั่นคง แข็งแรง มีความเป็นสัดส่วนจากสิ่งแวดล้อม กรณีเป็นพื้นที่เช่าในอาคารห้างสรรพสินค้า ต้องมีการกำหนดขอบเขตบริเวณที่ชัดเจน โดยจะต้องมีอย่างน้อยด้านหนึ่งของร้านติดกับผนังอาคาร หรือมีฉากกั้น (Partition) ที่ยึดตรึงกับพื้น ไม่สามารถ ขยับเขยื้อนได้ง่ายแทนผนัง และจะต้อง มีความสูงไม่น้อยกว่า ๒ เมตร ๒. ภาพด้านหน้าสถานที่ โดยแสดงให้เห็นภาพของป้ายชื่อร้าน พร้อมเลขที่บ้าน อย่างชัดเจน			

<p>๓. ภาพตัววางยา ด้านซ้าย ของสถานที่ที่ขออนุญาต (เมื่อหันหน้าเข้าสถานที่)</p> <p>๔. ภาพตัววางยา ด้านขวา ของสถานที่ที่ขออนุญาต (เมื่อหันหน้าเข้าสถานที่)</p> <p>๕. ภาพแสดงป้ายบริเวณ “ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร” (สะดวกให้ถูกต้องตามแบบฟอร์มนี้) โดย สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ต้องมีพื้นที่ในส่วนให้บริการโดยเภสัชกร และ “บริเวณให้คำปรึกษาด้านยา” ติดต่อกัน ขนาดไม่น้อยกว่า ๘ ตารางเมตร (ทั้งนี้ไม่รวมถึงพื้นที่เก็บสำรองยา) โดยความยาวของด้านที่สั้นที่สุดของพื้นที่ต้องไม่ น้อยกว่า ๒ เมตร</p> <p>๖. ภาพแสดงการใช้น้ำร้อน หรือวัสดุที่บดแสง สำหรับปิดบังมิให้เห็นยาอันตราย หรือยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จที่มีไซยาไนด์ ในบริเวณ “ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร” พร้อมแสดงข้อความ “ขณะนี้เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ ไม่สามารถขายยาบริเวณนี้ได้”</p> <p>๗. ภาพแสดงป้ายบริเวณ “บริเวณให้คำปรึกษาด้านยา” (สะดวกให้ถูกต้องตามแบบฟอร์มนี้) ติดบริเวณโต๊ะ พร้อมเก้าอี้ ๒ ตัว สำหรับเภสัชกรและผู้มารับคำปรึกษาแนะนำ ควรจัดเป็นสัดส่วน และตั้งในบริเวณที่สามารถรักษาความลับของผู้ป่วยได้ในระดับหนึ่ง โดยพิจารณาจากเสียงขณะที่มีการพูดคุยให้คำปรึกษาแนะนำกับ การได้ยินของลูกค้ายาอื่นที่มารับบริการ ไม่แนะนำกรณีจัดทำเป็นห้องทึบหรือส่วนหลังร้าน ควรเป็นพื้นที่เปิดเผยโปร่งใส ในการให้บริการ</p> <p>๘. ภาพแสดงบริเวณ “จุดให้บริการตนเอง”</p> <p>๙. ภาพแสดงบริเวณ “พื้นที่เก็บสำรองยา” สำหรับยาต่างๆ ไป อุณหภูมิในการจัดเก็บต้องไม่เกิน ๓๐ องศาเซลเซียส ยาที่จัดเก็บต้องไม่สัมผัสกับแสงแดด ความร้อน และไม่ควรรออยู่ในแหล่งที่จะก่อให้เกิดความชื้นหรือหน้าห้องน้ำ เป็นต้น และมีขนาดเพียงพอและจัดเก็บยาให้เป็นระเบียบ ไม่ก่อให้เกิดความสับสนในการจัดวางยา</p> <p>๑๐. ภาพแสดงป้าย “สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน” และภาพแสดงป้ายเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ที่แสดงให้เห็นชัดเจน พร้อมบริเวณที่ติดป้าย</p> <p>๑๑. ภาพแสดง ภาคนับยา จำนวนอย่างน้อย ๓ ชุด โดยแยกเป็น ๑. ยากลุ่มเพนนิซิลิน ๒. ยากลุ่มทั่วไป ๓. ยากลุ่มต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAID) ๔. ยากลุ่มซัลโฟนาไมด์ (ถ้ามี) พร้อมทั้งอุปกรณ์นับเม็ดยา (ไม้นับยา/ช้อนตักยา) เป็นการเฉพาะ และมีการระบุชัดเจนทั้งภาคนับและอุปกรณ์นับ</p> <p>๑๒. ภาพแสดงเครื่องวัดความดันโลหิต ชนิดอัตโนมัติ จำนวน ๑ เครื่อง สภาพพร้อมใช้งาน</p> <p>๑๓. ภาพแสดงตู้เย็นเก็บยา จำนวน ๑ เครื่อง ที่สามารถรักษาระดับอุณหภูมิได้ในช่วง ๒ – ๘ องศาเซลเซียส พร้อมแสดงเครื่องวัดอุณหภูมิภายในตู้เย็น โดยการเก็บรักษายาและเครื่องวัดอุณหภูมิ ให้เก็บในกล่องพลาสติกที่มีฝาปิดมิดชิด และจัดให้มีแบบลงบันทึกอุณหภูมิ</p> <p>๑๔. ภาพแสดงเครื่องชั่งน้ำหนัก สภาพพร้อมใช้งาน</p> <p>๑๕. ภาพแสดงเครื่องวัดส่วนสูง สเกลความสูงอย่างน้อย ๑๘๐ ซม. และเป็นแบบถาวร</p> <p>๑๖. ภาพแสดงอุปกรณ์ดับเพลิง ขนาดบรรจุไม่น้อยกว่า ๔ กิโลกรัม จำนวน ๑ เครื่อง อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งาน สามารถเข้าถึงง่าย สำหรับสถานบริการไม่เกิน ๒๐๐ ตารางเมตร และติดตั้งสูงจากพื้นไม่เกินกว่า ๑.๕๐ เมตร หรือ กรณีวางกับพื้นต้องหาจุดยึดตรึงให้แข็งแรง</p> <p>๑๗. รูปแสดงของพลาสติก สำหรับ บรรจุยา ที่มีชื่อ ที่อยู่ร้าน เบอร์โทร พร้อมรายละเอียดบนซองตามที่มาตรฐานวิชาชีพกำหนดอย่างชัดเจน (วันที่จ่ายยา, ชื่อผู้รับบริการ, ชื่อยาที่เป็นชื่อสามัญทางยาหรือชื่อการค้า, ความแรง, จำนวนจ่าย, ข้อบ่งใช้, วิธีใช้ยา ที่ชัดเจนเข้าใจง่าย , ผลกาช่วย คำแนะนำคำเตือน, ลายมือชื่อเภสัชกร (พร้อมแนบตัวอย่างของจริง ติดมาด้วย)</p> <p>๑๘. รูปแสดงเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (รูปหน้าตรง สวมเสื้อกาวน์สีขาวพร้อมปกตราสัญลักษณ์สภาเภสัชกรรม และมีการปักคำว่าเภสัชกร บนเสื้อให้เห็นชัดเจน)</p> <p>๑๙. รูปแสดงเครื่องปรับอากาศ พร้อมเทอร์โมมิเตอร์ และแบบบันทึกอุณหภูมิ โดยอุณหภูมิของร้านต้องไม่เกิน ๓๐ องศาเซลเซียส</p>			
---	--	--	--

๒๐. รูปแสดงป้ายแจ้งเตือน “ผู้แพ้ยา สตรีมีครรภ์ โรคประจำตัวโปรดแจ้งเภสัชกร” ติดแสดงให้เห็นเด่นชัด			
๒๑. รูปแสดงป้าย “ห้ามสูบบุหรี่” ตามที่กฎหมายกำหนด ติดแสดงบริเวณหน้าร้าน			
๒๒. รูปแสดงแฟ้มสำหรับเก็บบัญชีชื่อและชื่อยา (แบบข.ย. ๙-๑๓)			
๒๓. รูปแสดงแบบฟอร์มในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปพบแพทย์			
๒๔. รูปแสดงตำรา/หนังสือ/application ข้อมูลด้านยาที่ใช้สามารถใช้อ้างอิง เชื่อถือได้ มีความทันสมัย			
๒๕. รูปแสดงบริเวณสำหรับแสดงใบอนุญาตร้านยา และใบประกอบวิชาชีพ ตัวจริง โดยใบอนุญาตห้ามเคลือบหรือติดกาวย เนื่องจากใบอนุญาตจะต้องใช้ลงลายมือชื่อเพื่อต่ออายุฯ			
[] นิติบุคคล (บริษัท, ห้างหุ้นส่วนจำกัด) (ให้เพิ่มเอกสารดังนี้)			
๑. หนังสือรับรองจดทะเบียนพร้อมวัตถุประสงค์ ไม่เกิน ๖ เดือน			
๒. บัญชีรายชื่อผู้ถือหุ้นและสำเนาทะเบียนบ้านของหุ้นส่วนทุกคน			
๓. หนังสือมอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ (ตามแบบมอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการฯ) พร้อมติดอากรแสตมป์ ๓๐ บาท และประทับตราของนิติบุคคล			
๔. สำเนาบัตรประชาชนของกรรมการผู้ลงนามแต่งตั้งฯ			
๕. สำเนาทะเบียนบ้านของกรรมการผู้ลงนามแต่งตั้ง			
๖. หนังสือมอบอำนาจดำเนินการแทน (ในกรณีที่ผู้ยื่นขอ ไม่สามารถมาดำเนินการด้วยตนเองได้) พร้อมติดอากร ๑๐ บาท และสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบและผู้รับมอบอำนาจ			
[] ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (เภสัชกร)			
๑. คำรับรอง (แบบ ข.ย.๑๔) (ยังไม่ต้องเซ็นชื่อ) พร้อม คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน (แบบ ข.ย. ๑๔ หน้า ๓) *กรอกให้ครบ ๓ หน้า* - กรณีเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเป็นผู้มีงานประจำ ให้ลงรายละเอียดให้ครบถ้วน โดยผู้เซ็นชื่อคือผู้มีอำนาจสูงสุดของบริษัทหรือหัวหน้าส่วนราชการนั้นๆ พร้อมตราประทับของหน่วยงาน - กรณีที่ไม่มีงานประจำ ให้ลงนามรับรองว่าไม่มีงานประจำในแบบฟอร์ม คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงานด้านล่าง)			
๒. คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการสำหรับการปฏิบัติการที่ร้านขายยาในจังหวัดสมุทรปราการ			
๓. ใบรับรองแพทย์ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ไม่เกิน ๑ เดือน (ตัวจริง) (ต้องระบุโรคต้องห้ามตามกฎหมายกระทรวง ได้แก่ โรคเรื้อน, วัณโรคในระยะอันตราย, โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม, โรคติดยาเสพติดให้โทษ อย่างร้ายแรง, โรคพิษสุราเรื้อรัง)			
๔. สำเนาทะเบียนบ้าน (พร้อมตัวจริง)			
๕. สำเนาบัตรประชาชน (พร้อมตัวจริง)			
๖. สำเนาใบประกอบโรคศิลปะของผู้ปฏิบัติการทุกคน (พร้อมตัวจริง)			
๗. ใบรายงานผลการศึกษาต่อเนื้อหาฯ (CPE) ลงลายมือชื่อเภสัชกรกำกับ พร้อมระบุชื่อร้านยา			
๘. อื่นๆ.....			

ตามที่ท่านได้ยื่นคำขออนุญาตฯพร้อมเอกสารต่างๆให้กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้อง แล้วพบว่า

ครั้งที่ ๑. วันที่.....() ครบถ้วนถูกต้อง () ไม่ครบถ้วนถูกต้อง เนื่องจาก ขาดเอกสารหมายเลข.....
และให้แก้ไข.....
ลายมือชื่อ..... ลายมือชื่อ.....
(ผู้ยื่น หรือ ผู้รับมอบอำนาจ) (ผู้รับเอกสาร)

ครั้งที่ ๒. วันที่.....() ครบถ้วนถูกต้อง () ไม่ครบถ้วนถูกต้อง เนื่องจาก ขาดเอกสารหมายเลข.....
และให้แก้ไข.....
ลายมือชื่อ..... ลายมือชื่อ.....
(ผู้ยื่น หรือ ผู้รับมอบอำนาจ) (ผู้รับเอกสาร)

ครั้งที่ ๓. วันที่.....() ครบถ้วนถูกต้อง () ไม่ครบถ้วนถูกต้อง เนื่องจาก ขาดเอกสารหมายเลข.....
และให้แก้ไข.....
ลายมือชื่อ..... ลายมือชื่อ.....
(ผู้ยื่น หรือ ผู้รับมอบอำนาจ) (ผู้รับเอกสาร)

ดังนั้น จึงขอให้ท่านจัดเตรียมเอกสารดังกล่าวให้ครบถ้วน แล้วนำมายื่นใหม่โดยเร็ว โดยในระหว่างการทำดำเนินการยื่นเอกสารนั้น **ห้ามเปิดดำเนินการ** จนกว่าจะได้รับอนุญาตจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

***** โปรดอ่าน *****

**ในวันที่ท่านนำชุดเอกสารคำขอฯ มายื่น โปรดตรวจสอบเอกสารให้ครบ
เอกสารที่เป็นสำเนาให้เซ็นรับรองสำเนาให้ครบถ้วน พร้อมตัวจริง
และ จัดเรียงเอกสารเป็นลำดับตามตารางข้างต้นให้เรียบร้อย
หากเอกสารไม่ครบหรือเอกสารที่ต้องแสดงเอกสารตัวจริง ไม่ได้นำมาแสดง
เมื่อเจ้าหน้าที่จะตรวจสอบพบว่า ไม่ครบหรือไม่ถูกต้อง
จะส่งคืนให้ท่านกลับไปดำเนินการใหม่**

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค
และเภสัชสาธารณสุข
เลขรับ
วัน เดือน ปี.....
นัดตรวจ.....
ลงชื่อผู้รับ.....

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขออนุญาต.....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ยื่นขออนุญาตตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.๒๕๑๐ ของสถานประกอบการ ประเภท ผลิต ขาย นำส่งฯ ยา

แผน.....ชื่อ.....ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....

ถนน.....ซอย.....ตำบล.....อำเภอ.....

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

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

ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

() ขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน ประเภท.....

() รายการที่ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง.....

.....

.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยื่นคำขออนุญาต

๑) เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

() เห็นควรอนุญาตตามพระราชบัญญัติ.....

() เห็นควรส่งเรื่องให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาดำเนินการต่อไป

() เห็นควรตรวจสอบสถานที่ ในวันที่.....

โดย. ๑.....

๒.....

๓.....

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

ผู้ดำเนินการ

.....

.....

๒) เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว และเป็นอำนาจของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

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

() หนังสือมอบอำนาจของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่ ๑๑๒/๒๕๔๗ ประกอบกับ
คำสั่งจังหวัดสมุทรปราการ ที่ ๔๖๕/๒๕๔๗ ข้อ ๑

เห็นควร.....

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

ผู้ดำเนินการ

.....

.....

.....

.....

ที่ปิดรูปถ่าย
ผู้รับอนุญาต
ขนาด ๓ x ๔ ซม.

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อ ผู้ยื่นคำขอ

คำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า

(ชื่อผู้ขออนุญาต)

มีผู้ดำเนินการกิจการ ชื่อ (เฉพาะกรณีนิติบุคคล)

เลขที่บัตรประชาชน อายุ ปี สัญชาติ

อยู่เลขที่ ตรอก / ซอย ถนน

หมู่ที่ ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต

จังหวัด โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ

E-mail

ขอรับใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันโดยมีสถานที่ขายยาชื่อ

อยู่เลขที่ ตรอก / ซอย ถนน

หมู่ที่ ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต

จังหวัด โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ

ลักษณะการประกอบการ ^(๑)

- ขายปลีก
 ขายส่ง
 ปริญญาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย (เฉพาะขายปลีกเท่านั้น)

^(๑) ให้ตอบมากกว่า ๑ ข้อ ในกรณีมีลักษณะการประกอบการมากกว่าหนึ่งลักษณะโดยการตอบจะมีผลต่อการประเมินความพร้อมของสถานประกอบการ และการดำเนินการตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน เพื่อประกอบการอนุญาต

โดยมีเกสัชกรชั้น ชื่อ

เลขที่บัตรประชาชน

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเกสัชกรรมเลขที่

(ถ้ามีมากกว่าหนึ่งคนให้แจ้งเพิ่มเติมท้ายคำขอนี้จนครบ)

เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา ๓๙ หรือมาตรา ๔๐ แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

เวลาทำการ (เวลาปฏิบัติการ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าในระยะเวลาสองปีก่อนยื่นคำขอนี้ ข้าพเจ้าไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งที่ขอด้วยกฎหมายให้จำคุกในความผิดที่กฎหมายบัญญัติ ให้ถือเอาการกระทำโดยทุจริตเป็นองค์ประกอบหรือในความผิดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ กฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท กฎหมายว่าด้วยการขายยาหรือพระราชบัญญัตินี้

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

- (๑) รูปถ่ายของผู้ขออนุญาต ขนาด ๓ x ๔ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป
- (๒) เอกสารแสดงการเป็นเจ้าของกิจการและหลักทรัพย์
- (๓) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต (กรณีบุคคลธรรมดาเป็นผู้ขออนุญาต) หรือ ผู้ดำเนินกิจการ (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)
- (๔) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับรองว่าผู้ขออนุญาตไม่เป็นโรคตามมาตรา ๑๔ (๖) แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐
- (๕) สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและเกสัชกร ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต
- (๖) สำเนาหรือรูปถ่ายใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเกสัชกรรมของเกสัชกรทุกคน ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต
- (๗) เอกสารแสดงว่าเป็นผู้ดำเนินกิจการ (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)
- (๘) เอกสารอื่น ๆ ถ้าจำเป็น

(ลายมือชื่อ).....ผู้ขออนุญาต

(.....ตัวบรรจง)

สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

สัญญาระหว่าง.....ในนามของ.....

เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า **“ผู้รับอนุญาต”** ฝ่ายหนึ่งกับ

() การบำบัดโรคสัตว์

ผู้ประกอบ () โรคศิลปะ แผน..... สาขา.....

() วิชาชีพเภสัชกรรม

ชั้น.....ใบอนุญาตเลขที่..... ซึ่งต่อไปในสัญญาเรียกว่า **“ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ”** อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำสัญญานี้เพื่อปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.๒๕๑๐ ร่วมกัน โดยมีข้อความดังต่อไปนี้

๑. ผู้รับอนุญาตยินยอมและตกลงให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเข้าปฏิบัติหน้าที่ ณ

ของผู้รับอนุญาต เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.๒๕๑๐ ตั้งแต่วันที่ทำสัญญาเป็นต้นไป

๒. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการยินยอมรับปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ ในหน้าที่ที่กำหนดไว้ตามข้อ ๑.

ของสัญญานี้ทุกประการ

๓. ผู้รับอนุญาตยินยอมจ่ายเงินค่าทดแทนเป็นรายเดือนให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เดือนละ.....บาท (.....) ภายในวันสิ้นเดือนปฏิทินทุก ๆ เดือน

๔. หนังสือสัญญานี้มีอายุสัญญา จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.

๕. หากคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดบอกเลิกสัญญานี้ก่อนครบกำหนดตามข้อ ๔ ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้อีกฝ่ายหนึ่ง ทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า.....วัน และต้องแจ้งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการทราบตามกฎหมายด้วย

๖. หากต้องมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทำอยู่ เพื่อให้การปฏิบัติการได้เป็นไป โดยถูกต้องตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.๒๕๑๐ และกฎกระทรวงซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าว ผู้รับอนุญาต ยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกประการ

๗. ภาษีเงินได้ที่จะต้องเสียตามกฎหมายผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตกลงกันว่า.....เป็นผู้เสีย

๘. หากปรากฏว่าคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใด ไม่ปฏิบัติตามสัญญานี้แม้แต่ข้อหนึ่งข้อใด สัญญานี้เป็นอันยกเลิกทันที โดยคู่สัญญาไม่ต้องปฏิบัติตามข้อ ๕ และคู่สัญญามีสิทธิที่จะฟ้องเรียกค่าเสียหายได้ตามกฎหมาย หากมีการฟ้องร้องกันขึ้น ทั้ง สองฝ่ายตกลงกันว่า ฝ่ายหนึ่งที่มีผิดสัญญาจะต้องเป็นผู้ชดใช้ค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้อง เช่น ค่าทนาย และ ค่าธรรมเนียมศาลหรืออื่น ๆ เป็นต้น

๙. สัญญานี้ทำขึ้นเป็นสามฉบับมีข้อความตรงกัน คู่สัญญาต่างยึดถือไว้คนละหนึ่งฉบับและมอบให้สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสมุทรปราการ เก็บไว้เป็นหลักฐานหนึ่งฉบับ

คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายต่างเข้าใจข้อความในสัญญานี้ดีแล้ว จึงได้ลงชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ขออนุญาต

(ลงชื่อ).....ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

(ลงชื่อ).....พยาน

สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

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

สัญญาระหว่าง.....ในนามของ.....
เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....
จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า **“ผู้รับอนุญาต”** ฝ่ายหนึ่งกับ

() การบำบัดโรคสัตว์
ผู้ประกอบ () โรคศิลปะ แผน..... สาขา.....
() วิชาชีพเภสัชกรรม

ชั้น.....ใบอนุญาตเลขที่..... ซึ่งต่อไปในสัญญาเรียกว่า **“ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ”** อีกฝ่ายหนึ่ง
ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำสัญญานี้เพื่อปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.๒๕๑๐ ร่วมกัน โดยมีข้อความดังต่อไปนี้

๑. ผู้รับอนุญาตยินยอมและตกลงให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเข้าปฏิบัติหน้าที่ ณ
ของผู้รับอนุญาต เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.๒๕๑๐ ตั้งแต่วันที่ทำสัญญาเป็นต้นไป

๒. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการยินยอมรับปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ ในหน้าที่ที่กำหนดไว้ตามข้อ ๑.
ของสัญญานี้ทุกประการ

๓. ผู้รับอนุญาตยินยอมจ่ายเงินค่าทดแทนเป็นรายเดือนให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เดือนละ.....บาท
(.....) ภายในวันสิ้นเดือนปฏิทินทุก ๆ เดือน

๔. หนังสือสัญญานี้มีอายุสัญญา จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.

๕. หากคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดบอกเลิกสัญญานี้ก่อนครบกำหนดตามข้อ ๔ ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้อีกฝ่ายหนึ่ง
ทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า.....วัน และต้องแจ้งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการทราบตามกฎหมายด้วย

๖. หากต้องมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทำอยู่ เพื่อให้การปฏิบัติการได้เป็นไป
โดยถูกต้องตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.๒๕๑๐ และกฎกระทรวงซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าว ผู้รับอนุญาต
ยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกประการ

๗. ภาษีเงินได้ที่จะต้องเสียตามกฎหมายผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตกลงกันว่า.....เป็นผู้เสีย

๘. หากปรากฏว่าคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใด ไม่ปฏิบัติตามสัญญานี้แม้แต่ข้อหนึ่งข้อใด สัญญานี้เป็นอันยกเลิกทันที
โดยคู่สัญญาไม่ต้องปฏิบัติตามข้อ ๕ และคู่สัญญามีสิทธิที่จะฟ้องเรียกค่าเสียหายได้ตามกฎหมาย หากมีการฟ้องร้องกันขึ้นทั้ง
สองฝ่ายตกลงกันว่า ฝ่ายหนึ่งที่มีผิดสัญญาจะต้องเป็นผู้ชดใช้ค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้อง เช่น ค่าทนาย และ ค่าธรรมเนียมศาลหรืออื่น
ๆ เป็นต้น

๙. สัญญานี้ทำขึ้นเป็นสามฉบับมีข้อความตรงกัน คู่สัญญาต่างยึดถือไว้คนละหนึ่งฉบับและมอบให้สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดสมุทรปราการ เก็บไว้เป็นหลักฐานหนึ่งฉบับ

คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายต่างเข้าใจข้อความในสัญญานี้ดีแล้ว จึงได้ลงชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ขออนุญาต

(ลงชื่อ).....ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

(ลงชื่อ).....พยาน

สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

สัญญาระหว่าง.....ในนามของ.....

เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า **“ผู้รับอนุญาต”** ฝ่ายหนึ่งกับ

() การบำบัดโรคสัตว์

ผู้ประกอบ () โรคศิลปะ แผน..... สาขา.....

() วิชาชีพเภสัชกรรม

ชั้น.....ใบอนุญาตเลขที่..... ซึ่งต่อไปในสัญญาเรียกว่า **“ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ”** อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำสัญญานี้เพื่อปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.๒๕๑๐ ร่วมกัน โดยมีข้อความดังต่อไปนี้

๑. ผู้รับอนุญาตยินยอมและตกลงให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเข้าปฏิบัติหน้าที่ ณ ของผู้รับอนุญาต เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.๒๕๑๐ ตั้งแต่วันที่ทำสัญญาเป็นต้นไป

๒. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการยินยอมรับปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ ในหน้าที่ที่กำหนดไว้ตามข้อ ๑. ของสัญญานี้ทุกประการ

๓. ผู้รับอนุญาตยินยอมจ่ายเงินค่าทดแทนเป็นรายเดือนให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เดือนละ.....บาท (.....) ภายในวันสิ้นเดือนปฏิทินทุก ๆ เดือน

๔. หนังสือสัญญานี้มีอายุสัญญา จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.

๕. หากคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดบอกเลิกสัญญานี้ก่อนครบกำหนดตามข้อ ๔ ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้อีกฝ่ายหนึ่ง ทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า.....วัน และต้องแจ้งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการทราบตามกฎหมายด้วย

๖. หากต้องมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทำอยู่ เพื่อให้การปฏิบัติการได้เป็นไป โดยถูกต้องตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.๒๕๑๐ และกฎกระทรวงซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าว ผู้รับอนุญาต ยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกประการ

๗. ภาษีเงินได้ที่จะต้องเสียตามกฎหมายผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตกลงกันว่า.....เป็นผู้เสีย

๘. หากปรากฏว่าคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใด ไม่ปฏิบัติตามสัญญานี้แม้แต่ข้อหนึ่งข้อใด สัญญานี้เป็นอันยกเลิกทันที โดยคู่สัญญาไม่ต้องปฏิบัติตามข้อ ๕ และคู่สัญญามีสิทธิที่จะฟ้องเรียกค่าเสียหายได้ตามกฎหมาย หากมีการฟ้องร้องกันขึ้น ทั้ง สองฝ่ายตกลงกันว่า ฝ่ายหนึ่งที่มีผิดสัญญาจะต้องเป็นผู้ชดใช้ค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้อง เช่น ค่าทนาย และ ค่าธรรมเนียมศาลหรืออื่น ๆ เป็นต้น

๙. สัญญานี้ทำขึ้นเป็นสามฉบับมีข้อความตรงกัน คู่สัญญาต่างยึดถือไว้คนละหนึ่งฉบับและมอบให้สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสมุทรปราการ เก็บไว้เป็นหลักฐานหนึ่งฉบับ

คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายต่างเข้าใจข้อความในสัญญานี้ดีแล้ว จึงได้ลงชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ขออนุญาต

(ลงชื่อ).....ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

(ลงชื่อ).....พยาน

หนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

- ผู้รับอนุญาต ผู้ดำเนินกิจการ ผู้ขออนุญาต
 ขยายแผนปัจจุบัน นำหรือส่งยาแผนปัจจุบัน ฯ ผลิตยาแผนปัจจุบัน
 ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
 ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์
 ขยายแผนโบราณ นำหรือส่งยาแผนโบราณ ฯ ผลิตยาแผนโบราณ

ของ ร้าน / หจก. / หสน. / บริษัท.....

ใบอนุญาตเลขที่..... ตั้งอยู่ที่.....

ขอมอบอำนาจให้.....

บัตรประจำตัวประชาชน บัตรประจำตัวข้าราชการ เลขที่.....

ออกให้โดย.....บัตรหมดอายุ.....

เป็นผู้กระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการเกี่ยวกับ การขออนุญาต การรับใบอนุญาต การต่อใบอนุญาต ลงนามเป็นผู้ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต การแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาต และ กิจการอื่นใดทุกประการ เกี่ยวกับการประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา สำหรับใบอนุญาตดังกล่าวข้างต้น

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายใต้ขอบเขตแห่งการมอบอำนาจนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบ และมีผลผูกพันข้าพเจ้าทุกประการ ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

ปิด

อากรแสตมป์

๑๐ บาท

แผนผังภายในของสถานที่.....
.....

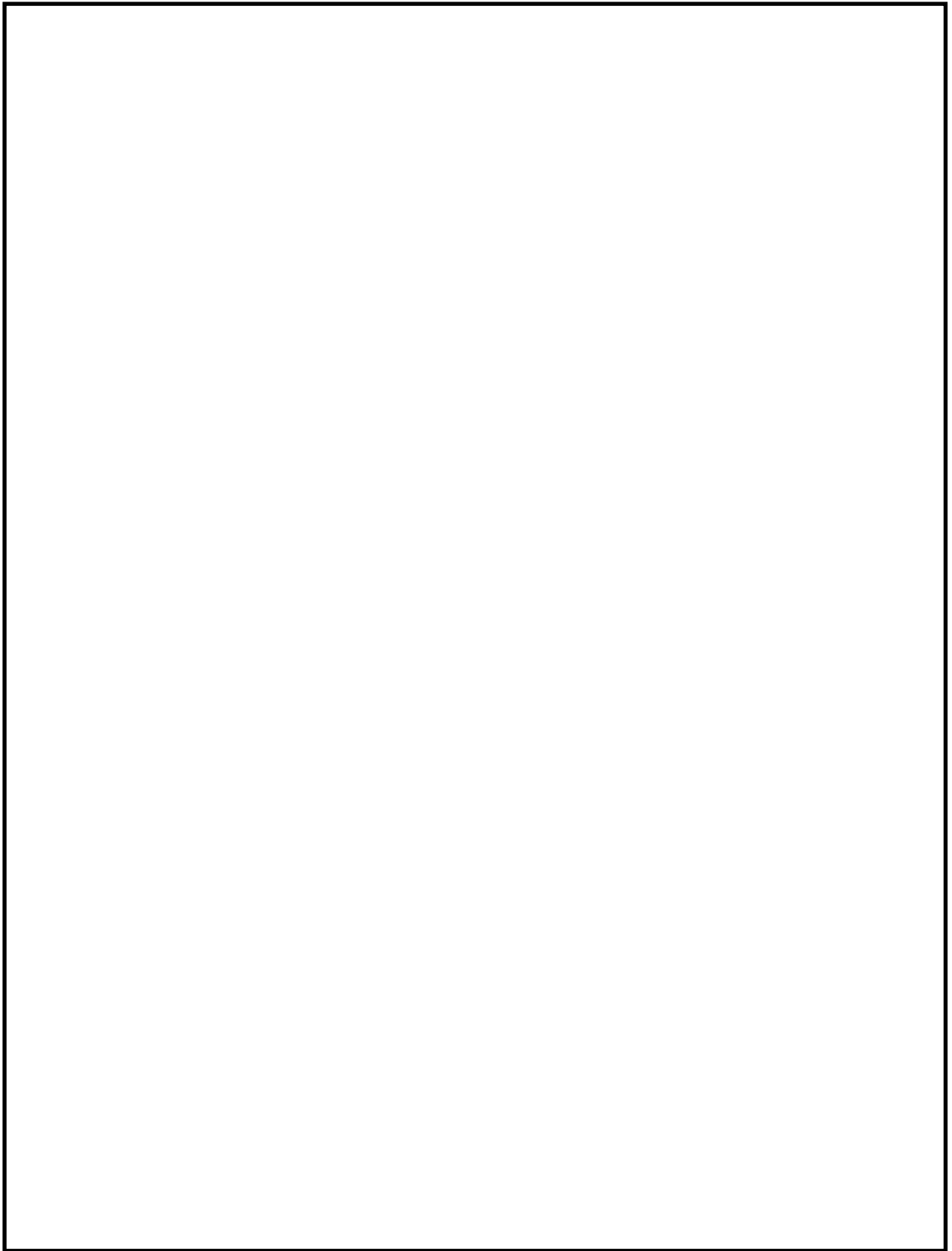
แผนผังของสถานที่ที่ขออนุญาต ซึ่งแสดงการสัดส่วนของพื้นที่ ดังนี้

๑. สถานที่ที่ขออนุญาตขายยาควรมีพื้นที่ไม่ต่ำกว่า ๑๕ ตารางเมตร โดยมีส่วนพื้นที่สำหรับให้บริการโดยเภสัชกร และส่วนพื้นที่สำหรับให้คำปรึกษาแนะนำติดต่อกันต้องไม่น้อยกว่า ๘ ตารางเมตร ส่วนที่เหลือคือพื้นที่สำหรับให้ลูกค้าบริการตนเอง
๒. ด้านที่แคบที่สุดของพื้นที่ที่ขออนุญาตขายยาคว้างไม่น้อยกว่า ๒ เมตร
๓. มีด้านหนึ่งของพื้นที่ที่ขออนุญาตขายยาเป็นผนังทึบซึ่งสูงไม่น้อยกว่า ๒ เมตร และกว้างไม่น้อยกว่า ๒ เมตร

หมายเหตุ ระบุความกว้าง ลึกของร้าน โดยให้ระบุอัตราส่วน เช่น อัตราส่วนของภาพ ๑ เซนติเมตร : ๑ เมตร
ระบุการจัดวางยา บริเวณให้คำปรึกษาแนะนำ บริเวณห้องสำรองยา บริเวณห้องเก็บอุปกรณ์ทำความสะอาด
หากขาด ต้องลงหมึก

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

แผนที่ตั้งของสถานที่.....
.....



หมายเหตุ หากวาด ต้องลงหมึก

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

๑. ภาพลักษณะของอาคารสถานที่ขออนุญาต

➤ อาคารพาณิชย์ / ตึกแถว

- ถ่ายรูปภายนอกอาคาร ให้เห็นครบทุกชั้น

➤ ภายในอาคาร / ห้างสรรพสินค้า

- ถ่ายรูป ให้เห็นภาพรวมของสถานที่

๒. ด้านหน้าสถานที่ (ป้าย, เลขที่)

➤ ป้ายชื่อร้าน / เลขที่ตั้ง

- ถ่ายรูปบริเวณหน้าร้านให้เห็นป้ายชื่อร้าน พร้อมทั้งเลขที่ตั้งสถานที่ให้ชัดเจนจากภายนอกอาคาร
- ป้ายชื่อร้านต้องมีภาษาไทยกำกับ (กรณีชื่อร้านเป็นภาษาอังกฤษ หรือตัวเลข)
- กรณีระบุตัวเลขสาขา ให้ใช้ได้เฉพาะตัวเลขไทยหรืออารบิกเท่านั้น
- “ ขยายโดยเภสัชกร ” ใช้ได้เฉพาะกรณีผู้รับอนุญาตมีใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม
- ชื่อร้าน “ ชื่อบุคคล + เภสัช ” (ตัวอย่าง เช่น สมชายเภสัช) ใช้ได้กรณีผู้รับอนุญาตมีใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

- ป้ายร้านรวมถึงเลขที่ตั้ง ต้องเป็นป้ายถาวร แน่นหนา ไม่สามารถเคลื่อนย้ายหรือชำรุดได้ง่าย

- Logo ร้าน ห้ามใช้เครื่องหมายกากบาทสีแดงบนพื้นสีขาว (สภากาชาด) และกากบาทสีเขียว (โรงพยาบาล)

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

๓. ตั้วางยาต้านซ้ายของสถานที่ขออนุญาต (ถ่ายจากหน้าร้าน)

➤ ถ่ายรูปบริเวณเฉพาะจุดที่มีการจำหน่ายยาต้านซ้าย

(กรณีขอใบอนุญาตใหม่ต้องไม่มีการจัดวางยาภายในร้าน)

หมายเหตุ : ยกเว้นกรณีต่อใบอนุญาตประจำปีไม่ทันกำหนด อนุโลมให้มีการจัดเรียงยาได้
แต่ต้องหมายเหตุระบุ ในคำขออนุญาต “ เกินกำหนดขอต่อใบอนุญาต ”

๔. ตั้วางยาต้านขวาของสถานที่ขออนุญาต (ถ่ายจากหน้าร้าน)

➤ ถ่ายรูปบริเวณเฉพาะจุดที่มีการจำหน่ายยาต้านขวา

(กรณีขอใบอนุญาตใหม่ต้องไม่มีการจัดวางยาภายในร้าน)

หมายเหตุ : ยกเว้นกรณีต่อใบอนุญาตประจำปีไม่ทันกำหนด อนุโลมให้มีการจัดเรียงยาได้
แต่ต้องหมายเหตุระบุ ในคำขออนุญาต “ เกินกำหนดขอต่อใบอนุญาต “

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

๕. ป้ายบริเวณ “ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร”

➤ ถ่ายรูปตู้วางยาด้านหลังโดยให้เห็นครบทุกตู้ที่มีการจัดวางยาอันตราย
โดยนำมาปิดบังเปิดขึ้น

๖. การใช้ม่าน หรือวัสดุทึบ สำหรับใช้ปิดบังบริเวณ “ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร” พร้อมแสดงข้อความ
“ขณะนี้เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ ไม่สามารถขายยาในบริเวณนี้ได้”

➤ ถ่ายรูปตู้วางยาด้านหลังโดยให้เห็นครบทุกตู้ที่มีการจัดวางยาอันตราย
(โดยม่านต้องปิดบังส่วนตู้ยาด้านหลังทั้งหมดพร้อมข้อความที่ระบุให้ครบถ้วนและต้อง
เป็นข้อความที่ไม่สามารถหลุดลอกหรือชำรุดได้ง่าย)

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

๗. ป้ายบริเวณ “บริเวณให้คำปรึกษาด้านยา” (โต๊ะพร้อมเก้าอี้สำหรับเภสัชกรและผู้มาขอรับคำปรึกษาแนะนำ)

- ต้องจัดเตรียมโต๊ะให้คำปรึกษาโดยมีขนาดที่เหมาะสมกับการให้คำปรึกษาแนะนำ พร้อมเก้าอี้ที่นั่ง ๒ ตัว สำหรับเภสัชกรและสำหรับผู้มารับบริการ
- หากใช้เคาท์เตอร์เป็นส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ ต้องอยู่ในระดับที่แบ่งเป็นสัดส่วนชัดเจนจากเคาท์เตอร์จำหน่ายยา โดยที่ผู้มารับบริการสามารถรับบริการได้อย่างเหมาะสม
- มีป้ายระบุ “บริเวณให้คำปรึกษาด้านยา” ติดบริเวณโต๊ะ

๘. ป้ายบริเวณ “จุดให้บริการตนเอง”

- ถ่ายให้เห็นภาพรวมของชั้นครบถ้วนทั้งหมด พร้อมทั้งติด

ป้ายระบุ “จุดให้บริการตนเอง” เป็นป้ายถาวรและไม่ชำรุดได้ง่าย

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

๙. บริเวณ “พื้นที่เก็บสำรองยา”

- ต้องมีป้ายระบุ “พื้นที่เก็บสำรองยา หรือ ตู้เก็บสำรองยา ” เป็นป้ายถาวรและไม่ชำรุดได้ง่าย
- ลักษณะบริเวณพื้นที่เก็บสำรองยา สามารถจัดเป็นตู้หรือชั้นวางยา โดยไม่วางยาสัมผัสกับพื้นโดยตรง
- ต้องมี เทอร์โมมิเตอร์ วัดอุณหภูมิติดตั้งไว้ในพื้นที่เก็บสำรองยา และมีแบบบันทึกอุณหภูมิประจำวัน

๑๐. ป้ายแสดง “สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน” และป้ายเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

➤ ป้ายแสดงสถานที่ประกอบการ

- “ สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ” สีพื้นป้ายสีน้ำเงิน ตัวอักษรสีขาว ขนาดตัวอักษรไม่น้อยกว่า ๓ เซนติเมตร ขนาดป้ายไม่น้อยกว่า ๒๐x๗๐ เซนติเมตร (กว้างxยาว)

➤ ป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

- สีพื้นป้ายสีน้ำเงิน ตัวอักษรสีขาว ขนาดตัวอักษรไม่น้อยกว่า ๓ เซนติเมตร ขนาดป้ายไม่น้อยกว่า ๒๐x๗๐ เซนติเมตร (กว้างxยาว)

- ระบุ นาย/นาง/นางสาว ชื่อ-สกุล ด้านหลังนามสกุลตามด้วย ภ.บ.

- ด้านหน้า ชื่อ-สกุล ติดรูปถ่ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (รูปสี่ ๔x๖ นิ้ว) สวมเสื้อกาวน์มีตราสภาเภสัชกรรม ด้านล่างรูปภาพ แสดงเลขที่ใบประกอบ “ ภ. xxxx ” ขนาดไม่น้อยกว่า ๓ เซนติเมตร พร้อมระบุเวลาปฏิบัติการ

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

๑๑. ภาคนับเม็ดยา (กลุ่มยาเพนนิซิลิน, กลุ่มยาทั่วไป และกลุ่มยา NSAID)

➤ ภาคนับเม็ดยา อย่างน้อย ๓ ภาค

ติดป้ายระบุ ที่ฝาภาคนับเม็ดยา และด้ามนับเม็ดยา (ด้านเล็ก) ใช้ตัวพิมพ์ที่สามารถอ่านออกได้ชัดเจน และติดไม่ให้หลุดลอก หรือชำรุดได้ง่าย

- “ กลุ่มยาเพนนิซิลิน ” (ภาษาไทย)
- “ กลุ่มยา NSAID ”
- “ กลุ่มยาทั่วไป ”
- “ ยากลุ่มซัลโฟนาไมด์ ” (ถ้ามี)

} สกคให้ถูกต้องตามแบบฟอร์มนี้

๑๒. เครื่องวัดความดันโลหิต (ชนิดอัตโนมัติ)

➤ เครื่องวัดความดันโลหิต ชนิดอัตโนมัติ จำนวน ๑ เครื่อง สภาพพร้อมใช้งาน

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

๑๓. ตู้เย็น

- ถ่ายรูปให้เห็นรวมถึงบริเวณที่จัดวางตู้เย็น และบริเวณข้างเคียง
 - จัดให้มีเทอร์โมมิเตอร์ติดตั้งภายในตู้เย็น โดยเก็บเทอร์โมมิเตอร์ในกล่องพลาสติกที่มีฝาปิดมิดชิด และมีแบบบันทึกอุณหภูมิ ซึ่งแนะนำให้ความคุมอุณหภูมิให้อยู่ระหว่าง ๒-๘ °C

๑๔. เครื่องชั่งน้ำหนัก

- ถ่ายรูปให้เห็นรวมถึงบริเวณที่จัดวางและบริเวณข้างเคียง เครื่องชั่งน้ำหนักควรอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

๑๕. ที่วัดส่วนสูง

➤ ถ่ายรูปให้เห็นรวมถึงบริเวณที่จัดวาง และบริเวณข้างเคียง ที่วัดส่วนสูงควรมีสเกลวัดได้
อย่างน้อย ๑๘๐ เซนติเมตร

๑๖. อุปกรณ์สำหรับดับเพลิง

- ถังดับเพลิง ขนาดบรรจุไม่น้อยกว่า ๔ กิโลกรัม จัดวางในบริเวณที่เหมาะสม และสามารถใช้งาน
ได้สะดวก ทั้งนี้ให้ติดตั้งสูงจากพื้นไม่เกิน ๑.๕๐ เมตร หากวางกับพื้นควรมีจุดยึดตรึงให้แข็งแรง
- กรณีสถานที่ตั้งอยู่ในอาคารห้างสรรพสินค้า หรือ อาคารสำนักงาน สามารถใช้การอ้างอิง
ระบบป้องกันอัคคีภัย และอุปกรณ์ดับเพลิงของอาคารได้ เช่น รูปถ่ายสายยางดับเพลิง (Fire hose)
หรือ ระบบกระจายน้ำดับเพลิงอัตโนมัติ (sprinklers)

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

๑๗. ของบรรจุกยา ที่มีชื่อร้าน ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์

➤ บนซองบรรจุกยา ต้องระบุ

- วันที่จ่ายยา
- ชื่อผู้รับบริการ
- ชื่อยาที่เป็นชื่อสามัญทางยาหรือชื่อการค้า
- ความแรง
- จำนวนจ่าย
- ข้อบ่งใช้
- วิธีใช้ยาที่ชัดเจนเข้าใจง่าย
- ฉลากช่วย คำแนะนำ คำเตือน หรือเอกสารให้ความรู้เพิ่มเติม (ถ้าจำเป็น)
- ลายมือชื่อเภสัชกร
- ชื่อ ที่อยู่ และเบอร์โทรร้านยา

๑๘. เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (สวมเสื้อกาวน์สีขาว ติดเครื่องหมายสัญลักษณ์ของสภาเภสัชกรรม พร้อมป้ายแสดงบนเสื้อว่าเป็นเภสัชกร)

➤ รูปถ่ายสีครึ่งตัว หรือเต็มตัวโดยเภสัชกรสวมเสื้อกาวน์สีขาว ติดเครื่องหมายสภาเภสัชกรรม พร้อมป้ายแสดงบนเสื้อว่าเป็นเภสัชกร

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

๑๙. เครื่องปรับอากาศ

➤ ถ่ายรูปให้เห็นรวมถึงบริเวณที่จัดวาง ควรมีเครื่องวัดอุณหภูมิ พร้อมทั้งแบบบันทึกอุณหภูมิ โดยควบคุมอุณหภูมิให้ไม่เกิน ๓๐ องศาเซลเซียส โดยเลือกบันทึกในเวลาที่จะมีอุณหภูมิสูงสุดของวัน

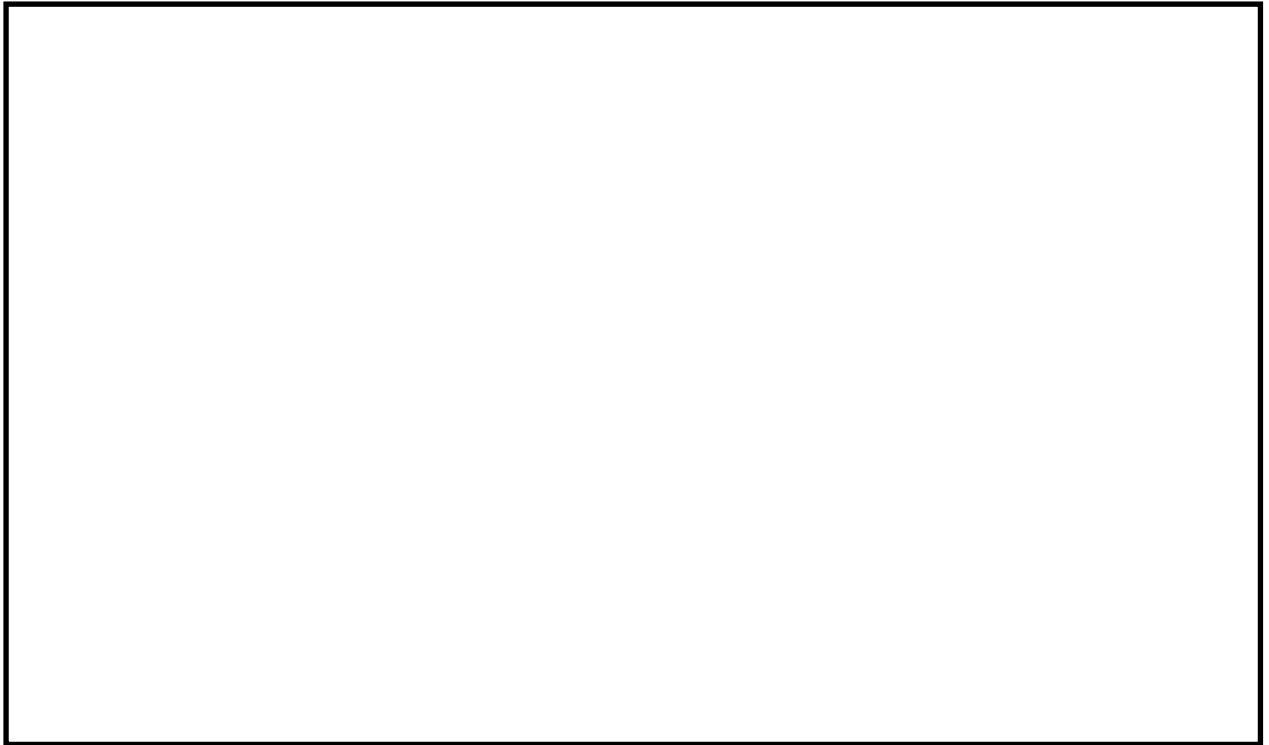
๒๐. รูปแสดงป้ายคำเตือน “ผู้แพ้ยา สตรีมีครรภ์ โรคประจำตัว โปรดแจ้งเภสัชกร”

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

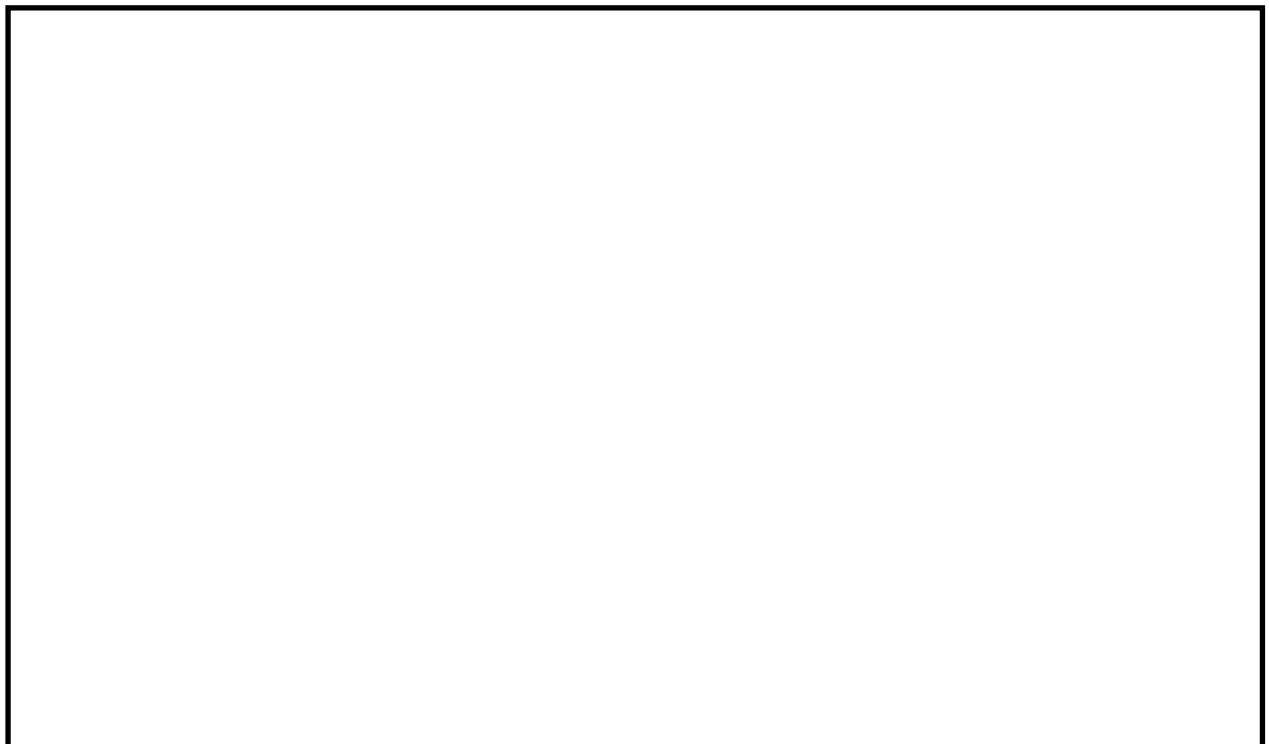
ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

๒๑. ป้ายเตือน “ห้ามสูบบุหรี่” และไม่มีกำหนดยาสูบ และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ภายในร้านยา



๒๒. รูปแสดงแฟ้มบัญชีชื่อขายยา ได้แก่ แบบ ข.ย.๙, แบบ ข.ย.๑๐, แบบ ข.ย.๑๑, แบบ ข.ย.๑๒ และแบบข.ย.๑๓



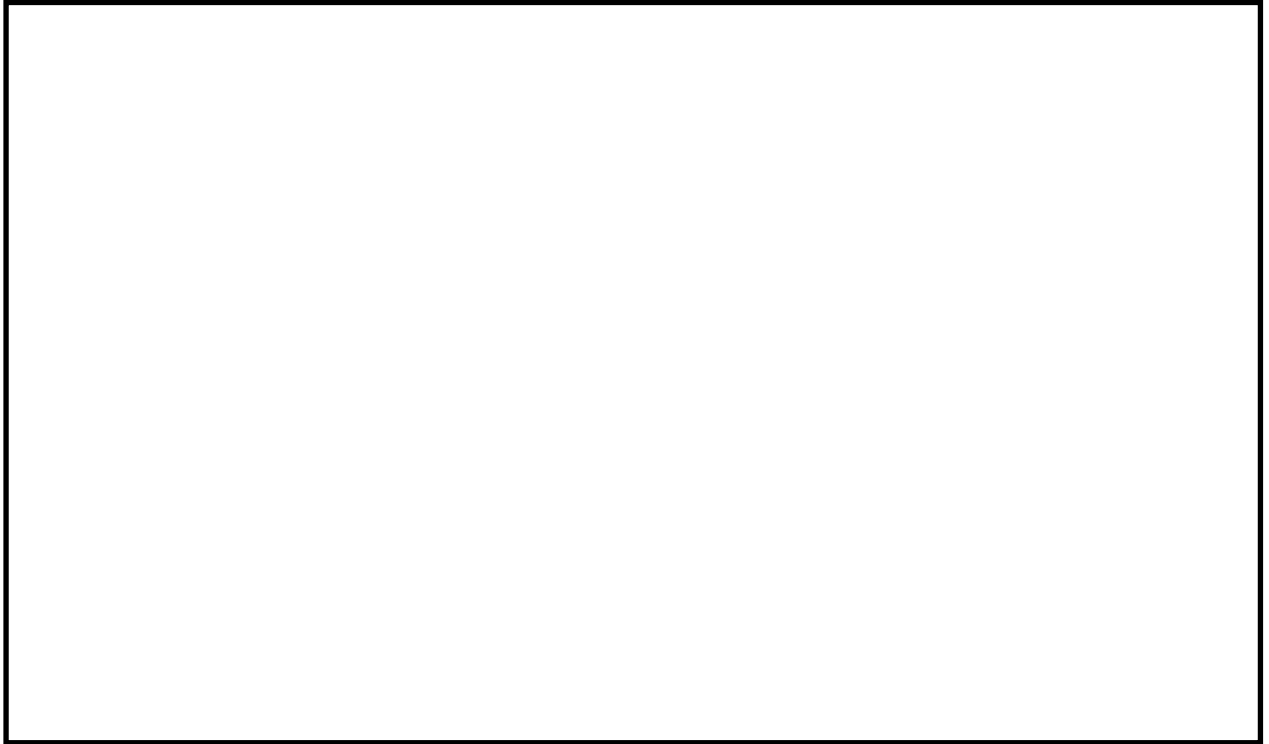
ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

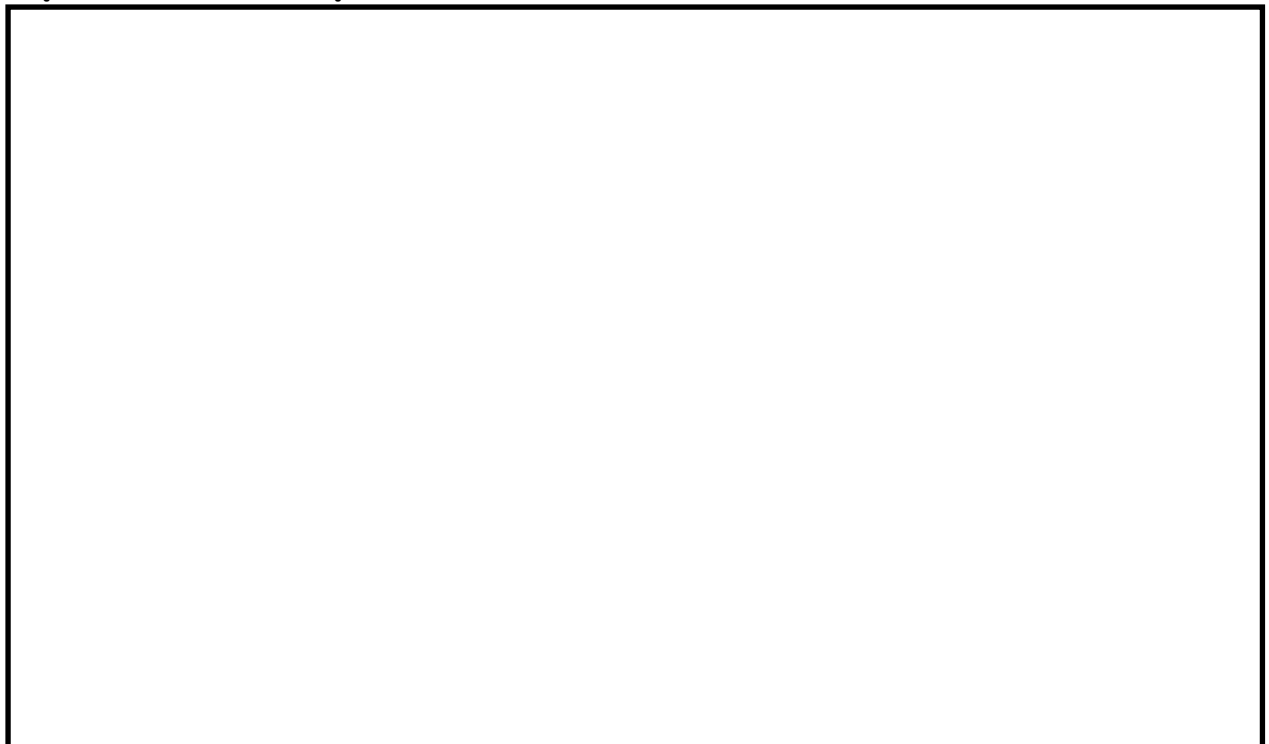
ที่อยู่.....

.....

๒๓. รูปแสดงแบบฟอร์มในการส่งต่อผู้ป่วย



๒๔. รูปแสดงตำรา/หนังสือ/ข้อมูลด้านยา



ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

๒๕. รูปแสดงบริเวณจัดวางใบอนุญาตร้านยา และใบประกอบวิชาชีพ **ตัวจริง**

- แสดงในบริเวณที่มองเห็นได้ง่าย
- แนะนำให้ใส่กรอบรูป ห้าม เคลือบ หรือติดกาว เนื่องจากใบฯ จะต้องใช้ในการลงลายมือเพื่อต่ออายุประจำปี

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

หนังสือมอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ

เขียนที่.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

(ชื่อและประเภทนิติบุคคล) สำนักงานใหญ่ ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน หมู่ที่ ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด..... โดยมี

เป็นผู้มีอำนาจจัดการแทนนิติบุคคล ปราบกฏตามหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล กระทรวงพาณิชย์ เลขที่..... ลงวันที่..... ขอมอบอำนาจและแต่งตั้งให้

.....เป็นผู้ดำเนินการและมีอำนาจทำการหรือมอบอำนาจ

ให้กระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการเกี่ยวกับการขออนุญาต การรับใบอนุญาต การต่ออายุใบอนุญาตและกิจการอื่นใดทุกประการเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา **ไม่รวมถึงการแจ้งเลิกกิจการ**

และ การขอเปลี่ยนผู้รับอนุญาต

(ประเภทใบอนุญาต)

การใดที่ผู้ดำเนินการและผู้รับมอบอำนาจดังกล่าว ได้กระทำภายใต้ขอบเขตแห่งการมอบอำนาจนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบและมีผลผูกพันข้าพเจ้าทุกประการ ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่.....

(ลงชื่อ)..... ผู้มอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ
(.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้มอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ
(.....)

(อักษร

แสดมภ์

๓๐ บาท)

(ลงชื่อ)..... ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน
(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน
(.....)

หมายเหตุ ๑. ใช้หนังสือมอบอำนาจนี้ ๑ ฉบับ สำหรับใบอนุญาต ๑ ประเภท (สำหรับนิติบุคคล)

๒. การมอบอำนาจต้องทำตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล

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

(๑) ข้าพเจ้าเป็น ผู้ประกอบวิชาชีพ..... ผู้สำเร็จหลักสูตรการอบรมตามมาตรา ๔๘ แห่งพระราชบัญญัติฯ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๒๒
(เฉพาะสถานที่ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยابرจุเสร็จที่ไม่ใช่ยานอันตรายและยาควบคุมพิเศษ)

ใบประกอบวิชาชีพ / หนังสือรับรอง เลขที่

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

(๒) ข้าพเจ้าไม่อยู่ระหว่างการพักใช้ใบประกอบวิชาชีพ

(๓) ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขณะนี้ข้าพเจ้ามิได้เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแห่งใด

(๔) ขณะนี้ข้าพเจ้า ไม่ได้รับราชการหรือทำงานอยู่แห่งใด รับราชการหรือทำงานอยู่ที่

เวลาราชการ / เวลาทำงาน.....

(๕) ข้าพเจ้าจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำ ณ สถานที่ขยายชื่อ.....

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

คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน

เพื่อเป็นหลักฐานประกอบคำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในการเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในร้านขายยา
ตามกฎหมายกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. ๒๕๕๖

เขียนที่
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง..... ชื่อหน่วยงาน.....

ตั้งอยู่ ณ เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... ตรอก/ซอย.....

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

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

มือถือ..... E-mail.....

เป็นผู้บังคับบัญชา / หัวหน้างาน ของ.....

เลขที่บัตรประชาชน เป็นผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ และปฏิบัติงานในตำแหน่ง ประจำ คือ

..... สังกัด (แผนก/ฝ่าย)

ในหน่วยงานชื่อ..... เวลาปฏิบัติงานในหน่วยงาน คือ..... น.

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ



.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เฉพาะกรณีที่เอกสารไม่ได้รับราชการ หรือ ทำงานประจำ (ให้กรอกข้อความ อ่านและลงนามข้างล่างนี้)

ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่ได้รับราชการหรือทำงานประจำที่ได้

ทั้งนี้ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

ลงชื่อ.....

(.....)

เอกสารผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการสำหรับการปฏิบัติการที่ร้านขายยาในจังหวัดสมุทรปราการ

เขียนที่..สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....๒๕๖๓.....

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี สัญชาติ.....

เลขประจำตัวบัตรประชาชน อยู่เลขที่..... ซอย.....

ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้า ขอให้คำรับรอง ต่อพนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการว่า m nm

(๑) ข้าพเจ้าเป็น () ผู้ประกอบโรคศิลปะแผน [ปัจจุบัน โบราณ] ชั้นหนึ่ง สาขา...เภสัชกรรม

ใบอนุญาตเลขที่..... ออกให้ ณ วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

(๒) ข้าพเจ้าจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำ ณ สถานที่ () ผลิต () ขาย () นำหรือส่ง ยาแผน

[ปัจจุบัน..... โบราณ] ชื่อ..... อยู่เลขที่..... หมู่ที่.....

ซอย..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

โดยข้าพเจ้าจะอยู่ตลอดเวลาที่เปิดทำการ (เวลาเปิดทำการจำหน่ายของร้าน) ข้าพเจ้าทราบดีว่า หากข้าพเจ้าไม่มาปฏิบัติหน้าที่และ/หรือ พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจพบว่า ข้าพเจ้าไม่อยู่ในเวลาดังกล่าว ข้าพเจ้ายินดีให้ดำเนินการตาม พระราชบัญญัติยาและยินดีให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ส่งชื่อของข้าพเจ้าให้ “สภาเภสัชกรรมแห่งประเทศไทย” ดำเนินการพิจารณาความผิดทางวิชาชีพต่อไป

ข้าพเจ้ารับทราบเข้าใจและยินยอมปฏิบัติตามคำรับรองนี้โดยเคร่งครัด

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ให้คำรับรอง

()

โปรดลงลายมือชื่อต่อหน้าคณะกรรมการพิจารณาอนุญาตด้านยา

(ลายมือชื่อ)..... ผู้รับอนุญาต

()

(ลายมือชื่อ)..... พนักงานเจ้าหน้าที่

()