

ลำดับคิวตรวจ.....

วันที่รับเรื่อง.....

วันที่นัด.....

เจ้าหน้าที่.....

แบบคำขอตรวจประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน  
สำหรับร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.๑)

รายละเอียดผู้ยื่นคำขอ

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....  
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....ออกให้ ณ .....  
บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....Email.....

ประสงค์ขอรับการตรวจประเมินสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีทางเภสัชกรรม

ร้านขายยาชื่อ.....ใบอนุญาตเลขที่.....  
บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ.....จังหวัด สมุทรปราการ รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์.....ระยะเวลาทำการร้าน.....

ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการชื่อ.....โทรศัพท์.....

เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการชื่อ.....โทรศัพท์.....

คำรับรอง

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่า จะเตรียมพร้อมรับการตรวจประเมินของผู้ตรวจประเมิน ตามแนวทางการตรวจประเมินตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน
- ข้าพเจ้าขอรับรองว่า สถานที่ขายยาที่ขอรับการตรวจประเมินจะปฏิบัติให้เป็นไปตามเงื่อนไขที่กฎหมายและผู้อนุญาตกำหนด
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า หากมีข้อผิดพลาด ข้อบกพร่อง ไม่เป็นไปตามข้อเท็จจริงที่ได้ยื่นคำขอ หรือไม่สอดคล้องตามเงื่อนไขที่กฎหมาย/ผู้อนุญาตกำหนด หรือไม่มีการแก้ไขข้อบกพร่องตามที่เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจประเมินได้ให้ข้อสังเกต/แนะนำจากการตรวจประเมิน หรือพบความไม่สอดคล้องในภายหลังนั้น จะไม่สามารถใช้ผลการตรวจประเมินดังกล่าวในการยื่นต่ออายุใบอนุญาตได้

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นขอตรวจประเมิน

(.....)

...../...../.....

หมายเหตุ ขอให้แนบหลักฐานประกอบการพิจารณา ดังนี้

๑.แบบประเมินตนเอง (Self-Assessment) ดาวน์โหลด <https://fdasamutprakan.com/form/drug>

๒.สำเนาบัตรประชาชน ผู้ยื่นขอตรวจประเมิน

๓.สำเนาใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันที่ยังไม่หมดอายุ

๔.แผนที่ตั้งร้านยา

๕.กรณีนิติบุคคล ให้แนบสำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน

แสดงชื่อผู้มีอำนาจลงนามผูกพันบริษัทฯ และหนังสือมอบอำนาจ