

แบบตรวจเอกสาร
การขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

ชื่อผู้ขออนุญาต.....ชื่อร้าน.....
ตั้งอยู่เลขที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดสมุทรปราการ
เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อ.....
ชื่อผู้ตรวจเอกสาร.....ครั้งที่.....วันที่.....เวลา.....น.

รายการ	ถูกต้อง	แก้ไข	หมายเหตุ
เอกสารคำขอและเอกสารผู้ขออนุญาต			
1. ใบปะหน้า			
2. คำขอ แบบ ข.ย.1			
3. รูปถ่ายสีของผู้ขออนุญาต ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน ขนาด 3x4 ซม. (1.5 นิ้ว) 3 รูป			
4. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต พร้อมตัวจริง (สำหรับบุคคลต่างชาติ ใช้หนังสือขออนุญาตทำงานที่ออกโดยกระทรวงแรงงานฯ และหนังสือเดินทาง)			
5. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ขออนุญาต พร้อมตัวจริง			
6. ใบรับรองแพทย์ของผู้ขออนุญาต ไม่เกิน 1 เดือน (ระบุโรคต้องห้ามตามกฎหมาย ได้แก่ โรคเรื้อน, วัณโรคในระยะอันตราย, โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม, โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง, โรคพิษสุราเรื้อรัง)			
7. สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ จำนวน 3 ชุด			
8. หลักทรัพย์ (สมุดเงินฝาก/โฉนดที่ดิน) จำนวนเงินตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป 1. หนังสือรับรองเงินฝากจากสถาบันการเงิน ไม่นาน เกิน 3 เดือน หรือ 2. สำเนาโฉนดที่ดินที่ไม่ติดภาระผูกพันพร้อมตัวจริง			
9. สำเนาสัญญาเช่า หรือ สำเนาหนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่			
10. สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ที่ขออนุญาต หรือ สำเนาสัญญาซื้อ-ขายสิ่งปลูกสร้างฯ			
11. สำเนาบัตรประชาชนของเจ้าของสถานที่ที่ให้เช่า/ ยินยอม และลงลายมือชื่อเจ้าของฯ กำกับ			
12. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีผู้ขออนุญาตไม่สามารถมาติดต่อด้วยตนเอง)			
13. กรณีนิติบุคคล ให้เพิ่มเอกสารประกอบ ดังนี้ 1. หนังสือรับรองจดทะเบียนพร้อมวัตถุประสงค์ ไม่เกิน 6 เดือน 2. บัญชีรายชื่อผู้ถือหุ้นและสำเนาทะเบียนบ้านของหุ้นส่วนทุกคน 3. สำเนาบัตรประชาชนของกรรมการผู้ลงนามแต่งตั้งฯ 4. สำเนาทะเบียนบ้านของกรรมการผู้ลงนามแต่งตั้งฯ 5. หนังสือมอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ 6. หนังสือมอบอำนาจดำเนินการแทน (ในกรณีที่ผู้ยื่นขอ ไม่สามารถมาดำเนินการด้วยตนเองได้)			
เอกสารผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ			
14. คำรับรอง (แบบ ข.ย.14) *กรอกให้ครบ 3 หน้า*			
15. คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการสำหรับการปฏิบัติการที่ร้านขายยาในจังหวัดสมุทรปราการ			
16. ใบรับรองแพทย์ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ไม่เกิน 1 เดือน (ระบุโรคต้องห้าม)			
17. สำเนาทะเบียนบ้าน (พร้อมตัวจริง)			
18. สำเนาบัตรประชาชน (พร้อมตัวจริง)			
19. สำเนาใบประกอบโรคศิลปะของผู้ปฏิบัติการทุกคน (พร้อมตัวจริง)			
20. ใบรายงานผลการศึกษาต่อเนื่องฯ (CPE)			

หมายเหตุ : ลงนามรับรองสำเนาถูกต้องเอกสารทุกฉบับที่เป็นสำเนา

ขั้นตอนการขออนุญาตร้านขายยาแผนปัจจุบันของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

๑. **รับเอกสารคำขออนุญาต** ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือ Download ที่ <https://fdasamutprakan.com/form/drug/> พร้อมศึกษา GPP. และผู้ขออนุญาตจะต้องเข้าใจในระบบการดำเนินการร้านขายยาให้ได้มาตรฐาน GPP โดยผู้ขออนุญาตต้องมีเภสัชกรอยู่ประจำจริงตามเวลาที่ขออนุญาตไว้



๒. **จัดเตรียมเอกสาร** คำขออนุญาตและกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน



๓. **ตรวจสอบการตั้งชื่อ** สถานที่ (ชื่อร้าน) กับเจ้าหน้าที่ก่อนการจัดทำป้ายชื่อร้าน

↓ ผ่าน ⇒ จัดเตรียมสถานที่ และป้ายต่างๆ ให้เรียบร้อย

๔. **ยื่นเอกสาร** ที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฯ หากพบว่าเอกสารไม่ครบถ้วน จนท. จะคืนคำขอเพื่อนำไปแก้ไขแล้วจึงนำมายื่นใหม่ โดยมีค่าพิจารณาคำขอตาม ม.๔๔ ๕๐๐ บาท

↓ (๑ สัปดาห์ +)

๕. **นัดวันตรวจสถานที่** โดยเจ้าหน้าที่จะโทรฯ ไปนัดล่วงหน้า ทางผู้ขออนุญาตจะต้องจัดเตรียมพาหนะรับและส่ง เจ้าหน้าที่ตามเวลานัดหมาย ในวันที่เข้าตรวจสอบร้าน ให้ผู้ที่รับการตรวจ ได้แก่ ผู้ขออนุญาต และ เภสัชกรผู้มีหน้าที่และพนักงานร้าน



๖. **การสอบสวนสัมภาษณ์** ทางเจ้าหน้าที่จะโทรศัพท์แจ้งวัน-เวลา ให้ผู้ขออนุญาตและเภสัชกร มารับการสอบสวนสัมภาษณ์ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฯ ซึ่งมีรอบระยะเวลาการนัด เดือนละ ๑ ครั้ง ปลายเดือน

↓ ๗ วัน

๗. **รับใบอนุญาต** หากผ่านการสัมภาษณ์ โดยไม่มีเงื่อนไขการแก้ไขหรือปรับปรุง เจ้าหน้าที่จะเสนอเรื่องการขออนุญาตให้ผู้มีอำนาจอนุญาตลงนาม การรับใบอนุญาต ผู้ขออนุญาตสามารถโทรศัพท์มาตรวจสอบได้ภายใน ๗ วันหลังวันสัมภาษณ์ หากใบอนุญาตเสร็จแล้ว ขอให้ผู้ขอรับใบอนุญาตมารับใบอนุญาตด้วยตนเองพร้อมชำระเงินค่าใบอนุญาตสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ๒,๐๐๐ บาท จากนั้นจึงสามารถวางยาบนชั้น และดำเนินการขายยารวมถึงสามารถยื่นคำขอตรวจประเมิน GPP เพื่อใช้ต่ออายุใบอนุญาตประจำปีต่อไป

↓ หลังเปิดบริการ

๘. **การตรวจเฝ้าระวัง** ในแต่ละปี จะมีพนักงานเจ้าหน้าที่ไปตรวจร้านทุกร้าน ปีละ ๑-๒ ครั้ง โดยไม่มีการแจ้งล่วงหน้า หากพบการกระทำการฝ่าฝืน พรบ.ยา จนท.จะดำเนินการส่งให้คณะกรรมการพิจารณาทางคดี ดำเนินการพิจารณาความผิดต่อผู้รับอนุญาตและต่อเภสัชกร ตามที่ได้เซ็นหนังสือยินยอมให้ดำเนินการตามที่ได้ลงนามไว้ ต่อหน้าคณะกรรมการอนุญาตฯ เสนอสภาเภสัชกรรมต่อไป ร้านทุกร้านต้องตรวจประเมิน GPP ก่อนต่ออายุใบอนุญาตประจำปี



๙. **การต่ออายุ** ผู้รับอนุญาตจะต้องยื่นเอกสารก่อนวันที่ ๓๑ ธันวาคมของทุกปี โดยเจ้าหน้าที่จะส่งหนังสือราชการแจ้งรายละเอียดพร้อมเอกสารแบบฟอร์มไปยังที่อยู่ตามใบอนุญาต

* ในวันที่มาต่ออายุ ผู้รับอนุญาตและเภสัชกร ต้องมาแสดงตนต่อพนักงานเจ้าหน้าที่

คำแนะนำการขออนุญาตสถานที่ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา

➤ ข้อกำหนดที่ควรคำนึงเกี่ยวกับการตั้งชื่อร้าน

พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537

มาตรา 29 ห้ามมิให้ผู้ใดใช้คำหรือข้อความด้วยอักษรไทยหรืออักษรต่างประเทศว่า เภสัชกร เภสัชกรหญิง แพทย์ปรุงยา หรือใช้อักษรย่อของคำดังกล่าว หรือใช้คำแสดงวุฒิการศึกษาทางเภสัชศาสตร์ หรือใช้อักษรย่อของวุฒิดังกล่าว ประกอบกับชื่อหรือชื่อสกุลของตน หรือใช้คำหรือข้อความอื่นใดที่มีความหมายเช่นเดียวกัน หรือแสดงด้วยวิธีใด ๆ ซึ่งทำให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ทั้งนี้รวมถึงการใช้ จ้าง วาน หรือยินยอมให้ผู้อื่นกระทำการดังกล่าวให้แก่ตน เว้นแต่ผู้ได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรในวิชาเภสัชศาสตร์

มาตรา 30 ห้ามมิให้ผู้ใดใช้คำหรือข้อความที่แสดงให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตนเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ ในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม สาขาต่าง ๆ ทั้งนี้ รวมถึงการใช้ จ้าง วาน หรือยินยอมให้ผู้อื่นกระทำการดังกล่าวให้แก่ตน เว้นแต่ผู้ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรว่าเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมสาขานั้น ๆ จากสภาเภสัชกรรมหรือที่สภาเภสัชกรรมรับรองหรือผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมผู้มีความรู้ความชำนาญตามที่กำหนด ในข้อบังคับสภาเภสัชกรรม

มาตรา 51 ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 29 หรือมาตรา 30 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

➤ ห้ามจำหน่ายแอลกอฮอล์ในร้านขายยา

พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

มาตรา 27 ห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่หรือบริเวณดังต่อไปนี้

(2) สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และร้านขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยา

มาตรา 39 ผู้ใดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยฝ่าฝืนมาตรา 27 หรือมาตรา 28 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

➤ การจัดเตรียมสถานที่ขายยา

- สถานที่ขออนุญาตต้องก่อสร้างด้วยวัสดุแข็งแรง มั่นคง เป็นสัดส่วนชัดเจน ระบบภายใน สะอาดสว่างเพียงพอ ไม่เสียงดัง และสะอาด
- ส่วนให้บริการโดยเภสัชกรและบริเวณให้คำปรึกษาด้านยา มีพื้นที่รวมกันไม่น้อยกว่า 8 ตร.ม.
- มีตู้ และชั้นวางยาจำนวนเพียงพอพร้อมทั้งมีป้ายแสดงประเภทกลุ่มยา ควบคุมอุณหภูมิไม่เกิน 30 °c แดดไม่ส่องถึงผลิตภัณฑ์
- มีมานปิดสวนให้บริการโดยเภสัชกร มีขอความแจ้งให้ทราบวาเภสัชไม่อยู่
- มีโต๊ะให้คำปรึกษาเป็นสัดส่วน เก้าอี้ 2 ตัว พร้อมป้ายแสดงชัดเจน
- มีป้ายแสดงสัญลักษณ์ที่กำหนดอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และติดบริเวณที่ผู้รับบริการเห็นได้ชัดเจน สามารถมองเห็นจากภายนอก

	สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน (พื้นป้ายสีน้ำเงิน)	สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน บรรจุเสร็จสำหรับสัตว์ (พื้นป้ายสีแดง)	สถานที่ขายยาแผนโบราณ (พื้นป้ายสีเขียว)
ป้ายสถานที่ขายยา ทำจากพลาสติกแข็ง ขนาดไม่น้อยกว่า 20x70 ซม. ตัวอักษรสีขาว ขนาดไม่น้อยกว่า 3 ซม.	(ตัวอย่าง ป้ายสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน)		
ป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ทำจากพลาสติกแข็ง พื้นสีน้ำเงิน ขนาดไม่น้อยกว่า 20x70 ซม. ตัวอักษรสีขาว ขนาดไม่น้อยกว่า 3 ซม. - ระบุชื่อ นาย/นางสาว/นาง และนามสกุล ตามด้วย ภ.บ. - เวลาปฏิบัติการ xx.xx - xx.xx น. - ภาพถ่ายหน้าตรงเภสัชกร รูปสี่ หน้าตรง ถ่ายไว้ไม่เกิน 5 ปี ขนาด 4 x 6 นิ้ว (10 x 15 เซนติเมตร) - เลขใบประกอบวิชาชีพ ภ. XXXXX			

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค

และเภสัชสาธารณสุข

เลขรับ

วัน เดือน ปี.....

นัดตรวจ.....

ลงชื่อผู้รับ.....

เขียนที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขออนุญาต.....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

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

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

ยื่นขออนุญาตตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.๒๕๑๐ ของสถานประกอบการ ประเภท ผลิต ขาย นำสั่งฯ 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

.....
.....

.....
.....

โดยมีเกสเซอร์ชั้น ชื่อ.....

เลขที่บัตรประชาชน

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเกสเซอร์กรมเลขที่

(ถ้ามีมากกว่าหนึ่งคนให้แจ้งเพิ่มเติมท้ายคำขอนี้จนครบ)

เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา ๓๙ หรือมาตรา ๔๐ แห่งพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐

เวลาทำการ (เวลาปฏิบัติการ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าในระยะเวลาก่อนยื่นคำขอนี้ 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) แห่งพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐
- (๕) สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและเกสเซอร์ ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต
- (๖) สำเนาหรือรูปถ่ายใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเกสเซอร์กรมของเกสเซอร์ทุกคน 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

หนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

- ผู้รับอนุญาต ผู้ดำเนินกิจการ ผู้ขออนุญาต
 ขยายแผนปัจจุบัน นำหรือส่งยาแผนปัจจุบัน ฯ ผลิตยาแผนปัจจุบัน
 ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
 ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์
 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.....

ปิด
อากรแสตมป์
๑๐ บาท

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

หนังสือมอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ

เขียนที่.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

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

ถนน หมู่ที่ ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด..... โดยมี

เป็นผู้มีอำนาจจัดการแทนนิติบุคคล ปรากฏตามหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล 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 แห่งพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๒๒
(เฉพาะสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ)

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 ตลอดระยะเวลาที่ข้าพเจ้าเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่แห่งนี้โดยเคร่งครัด

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

(๑) สำเนาทะเบียนบ้าน

(๒) สำเนาบัตรประชาชน

(๓) คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน พร้อมตราประทับในกรณีรับราชการหรือทำงาน (ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาคำหนด)

(๔) เอกสารอื่น ๆ (ถ้าจำเป็น)

ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

กรณีการขอใบอนุญาตใหม่ ให้ทำคำรับรองนี้ต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ให้คำรับรอง

(ลายมือชื่อ)..... พนักงานเจ้าหน้าที่

คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน

เพื่อเป็นหลักฐานประกอบคำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในการเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในร้านขายยา
ตามกฎหมายกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. ๒๕๕๖

เขียนที่
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
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.....

เฉพาะกรณีที่เภสัชกรไม่ได้รับราชการ หรือ ทำงานประจำ (ให้กรอกข้อความ อ่านและลงนามข้างล่างนี้)

ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่ได้รับราชการหรือท งานประจำที่ได้
ทั้งนี้ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

ลงชื่อ.....
(.....)

เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

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

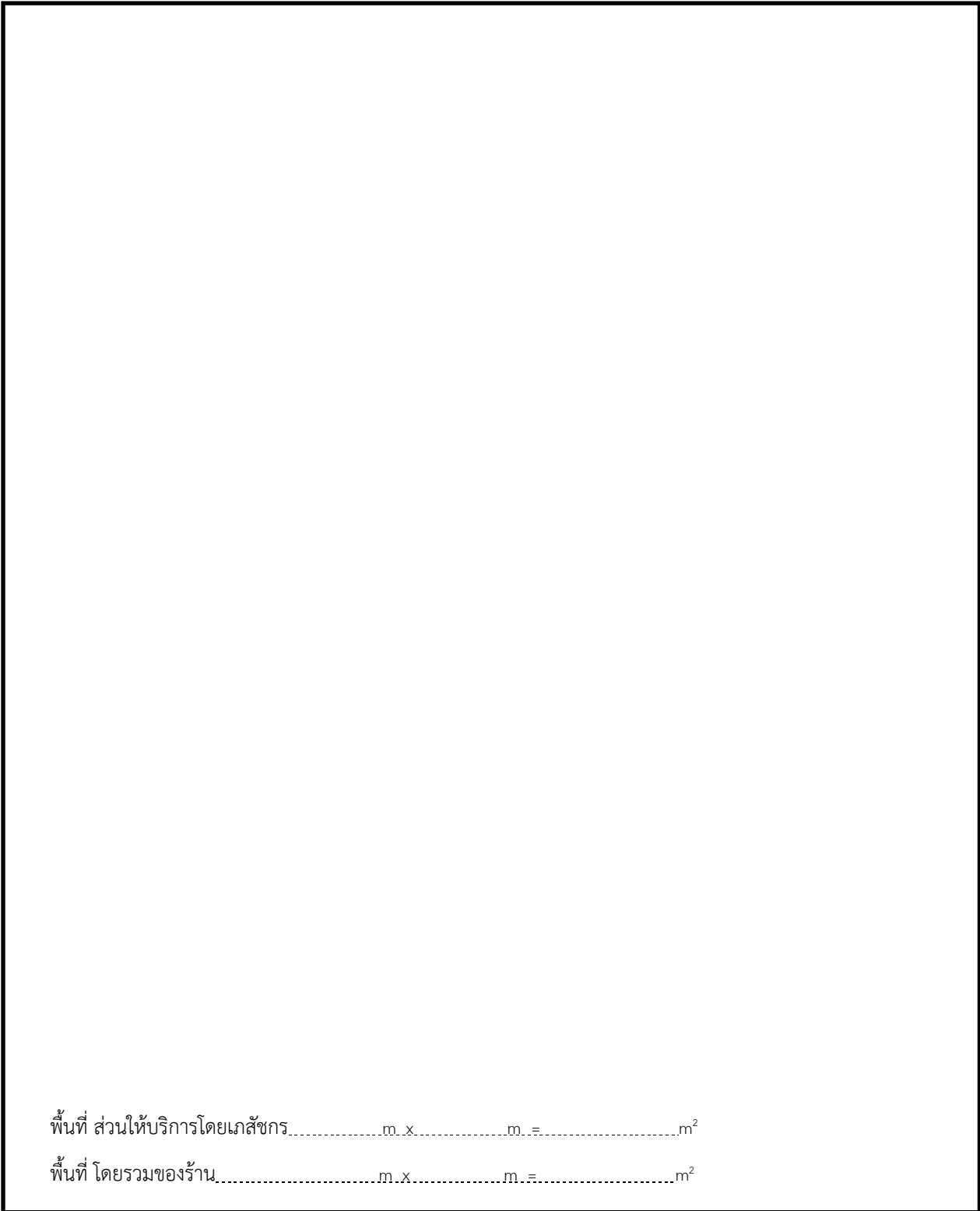
(ลายมือชื่อ)..... ผู้รับอนุญาต

()

(ลายมือชื่อ)..... พนักงานเจ้าหน้าที่

()

แผนผังภายในของสถานที่.....
.....

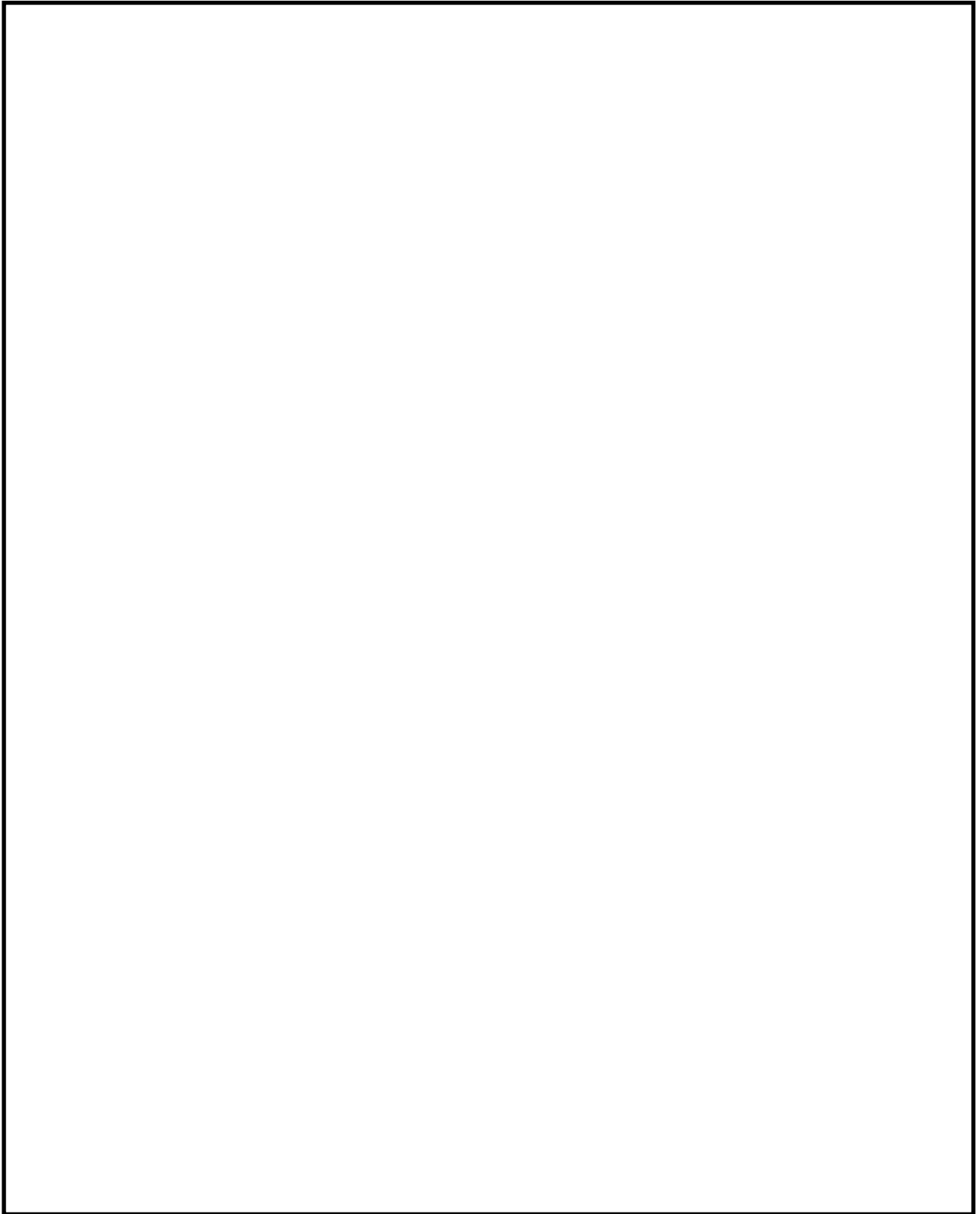


พื้นที่ ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร.....m.x.....m.=.....m²
พื้นที่ โดยรวมของร้าน.....m.x.....m.=.....m²

อัตราส่วนของภาพ.....cm:.....m

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

แผนที่ตั้งของสถานที่.....
.....



หมายเหตุ จาก สสจ. ไปยัง ร้านยา

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

1. ภาพลักษณะของอาคารที่ขออนุญาต

➤ ถ่ายภาพมุมกว้าง ให้เห็นภาพรวมอาคาร

2. บริเวณด้านหน้าร้านขายยา (ให้เห็นป้ายชื่อสถานที่ และเลขที่ของสถานที่)

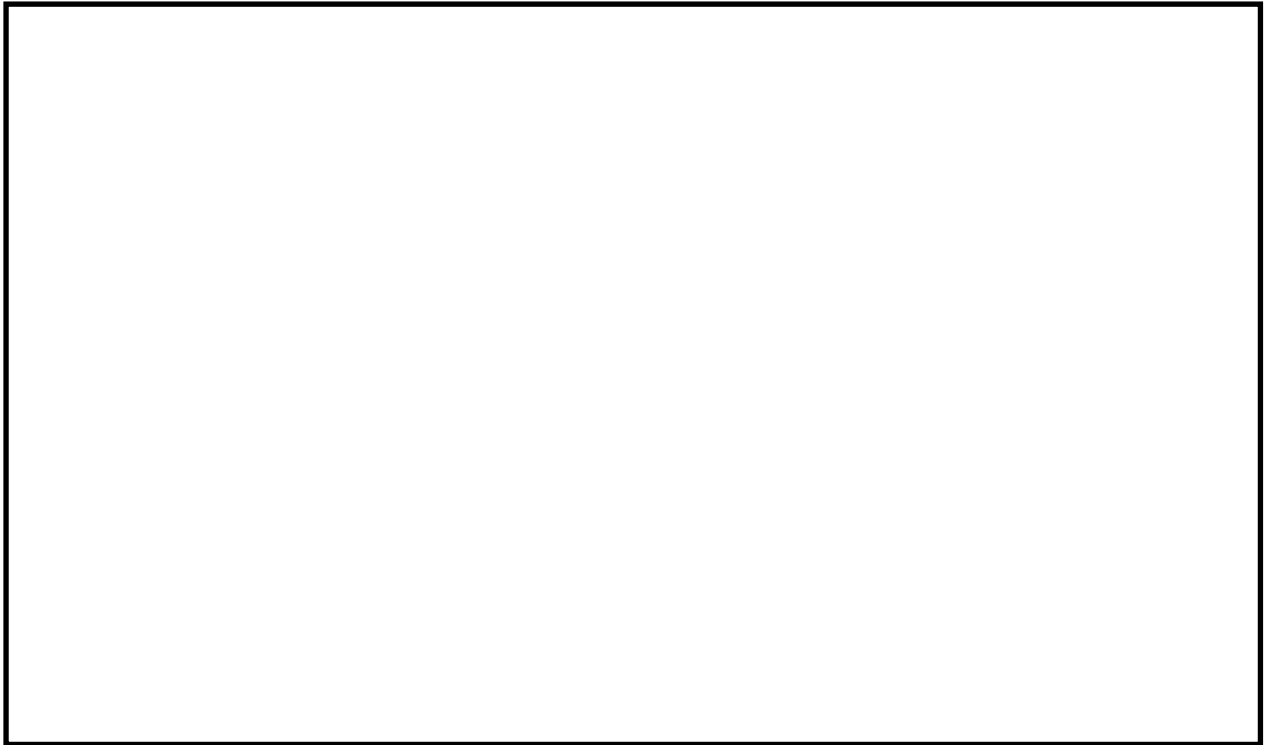
➤ ถ่ายรูปบริเวณหน้าร้าน ให้เห็นป้ายชื่อร้าน พร้อมทั้งเลขที่ตั้ง
Logo ร้าน ห้ามใช้เครื่องหมายกากบาทสีแดงบนพื้นสีขาว (สภากาชาด) และกากบาทสีเขียว (โรงพยาบาล)

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

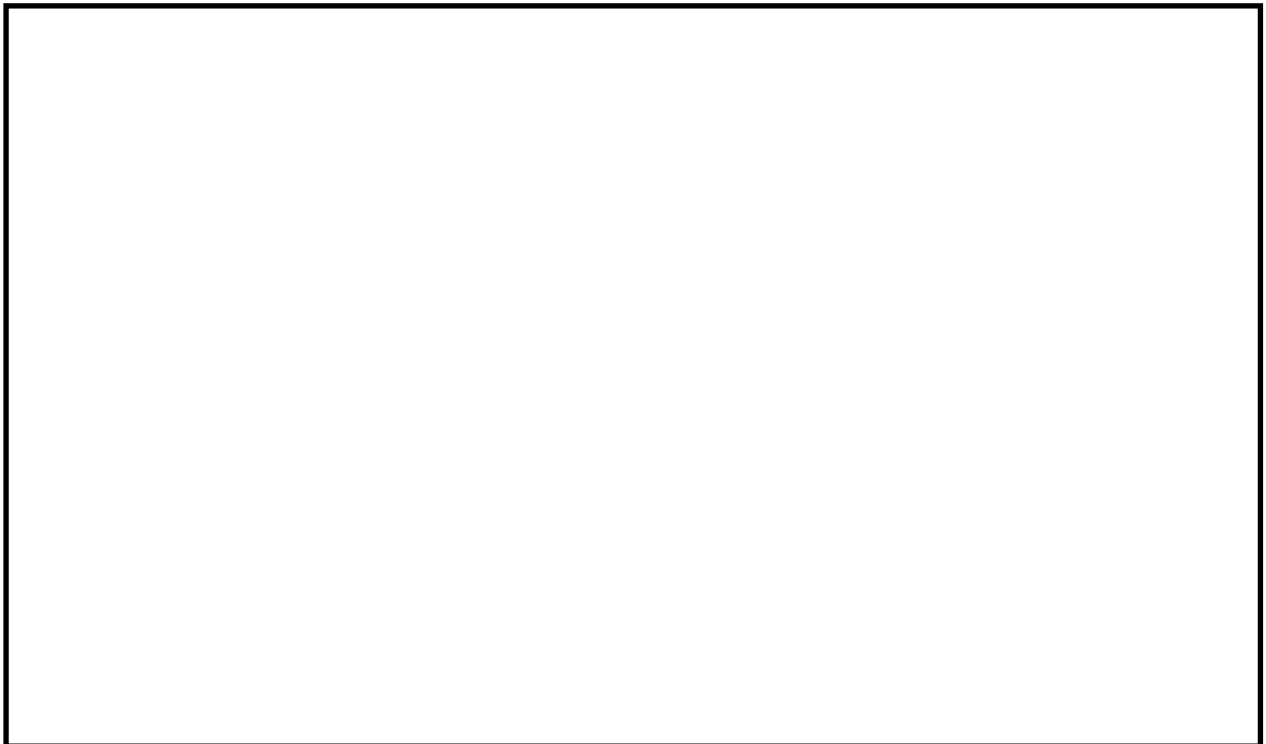
ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

3. ตู่วางยาต้านซ้ายของร้านขายยา (ถ่ายจากหน้าร้านให้เห็นจุดที่มีการจำหน่ายยาต้านซ้าย)



4. ตู่วางยาต้านขวาของร้านขายยา (ถ่ายจากหน้าร้านให้เห็นจุดที่มีการจำหน่ายยาต้านขวา)



ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

5. บริเวณ “ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร” โดยเปิดมานานขึ้น

- ถ่ายรูปบริเวณตู้ยาในส่วนให้บริการโดยเภสัชกร ให้เห็นครบทุกตู้ที่มีการจัดวางยา โดยนำม่านปิดบัง เปิดขึ้น
- มีป้ายระบุ “ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร”

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

- ดึงม่าน ปิดบังส่วนตู้ยาทั้งหมด

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

7. บริเวณ “บริเวณให้คำปรึกษาด้านยา” (โต๊ะพร้อมเก้าอี้ ๒ ตัว)

- โต๊ะให้คำปรึกษามีขนาดที่เหมาะสมกับการให้คำปรึกษาแนะนำ มีเก้าอี้นั่ง ๒ ตัว
- มีป้ายระบุ “บริเวณให้คำปรึกษาด้านยา”

8. บริเวณ “จุดให้บริการตนเอง”

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

9. บริเวณ “พื้นที่เก็บสำรองยา” พร้อมเทอร์โมมิเตอร์ และมีแบบบันทึกอุณหภูมิ

- มีป้ายระบุ “พื้นที่เก็บสำรองยา”
- ห้ามวางยากับพื้นโดยตรง

10. ป้ายแสดง “สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน” และป้ายเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

11. ภาคนับเม็ดยา 3 ภาคน (กลุ่มยาเพนนิซิลิน, กลุ่มยาทั่วไป และกลุ่มยา NSAID)

➤ ภาคนับเม็ดยา อย่างน้อย 3 ภาคน

ติดป้ายระบุ ที่ฝาภาคนับเม็ดยา และด้ามนับเม็ดยา (ด้านเล็ก) ใช้ตัวพิมพ์ที่สามารถอ่านออกได้ชัดเจน และติดไม่ให้หลุดลอก หรือชำรุดได้ง่าย

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

12. เครื่องวัดความดันโลหิต (ชนิดอัตโนมัติ)

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

13. ตู้เย็น พร้อมเทอร์โมมิเตอร์ในกล่องพลาสติกที่มีฝาปิดมิดชิด และมีแบบบันทึกอุณหภูมิ

➤ จัดให้มิเทอร์โมมิเตอร์ติดตั้งภายในตู้เย็น โดยเก็บเทอร์โมมิเตอร์ในกล่องพลาสติกที่มีฝาปิดมิดชิด และมีแบบบันทึกอุณหภูมิ ซึ่งแนะนำให้ควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ระหว่าง 2-8 °c

14. เครื่องชั่งน้ำหนัก

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

15. ที่วัดสวนสูง

➤ ที่วัดสวนสูงควรมีสเกลวัดได้ อย่างน้อย 180 เซนติเมตร

16. อุปกรณ์สำหรับดับเพลิง

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

17. รูปของบรรจุยาทุกชนิด และฉลากยาที่มีชื่อร้าน ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์

ซองยา มีการระบุข้อมูลบนซองยาครบถ้วน ดังนี้

- ชื่อร้าน ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์
- วันที่จ่ายยา
- ชื่อผู้รับบริการ
- ชื่อยา (ชื่อสามัญ หรือชื่อการค้า)
- ความแรง
- จำนวนจ่าย
- ขอบงไข
- วิธีใช้ยาที่ชัดเจน เขาใจง่าย
- ฉลากช่วย
- ลายมือชื่อเภสัชกร

18. เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

19. เครื่องปรับอากาศ พร้อมเทอร์โมมิเตอร์ และมีแบบบันทึกอุณหภูมิ

➤ ถ่ายรูปให้เห็นภาพรวมถึงบริเวณที่จัดวางเครื่องปรับอากาศ ควรมีเครื่องวัดอุณหภูมิ พร้อมทั้งแบบบันทึกอุณหภูมิ โดยควบคุมอุณหภูมิให้ไม่เกิน 30 องศาเซลเซียส

20. รูปแสดงป้ายคำเตือน “ผู้แพ้ยา สตรีมีครรภ์ โรคประจำตัว โปรดแจ้งเภสัชกร”

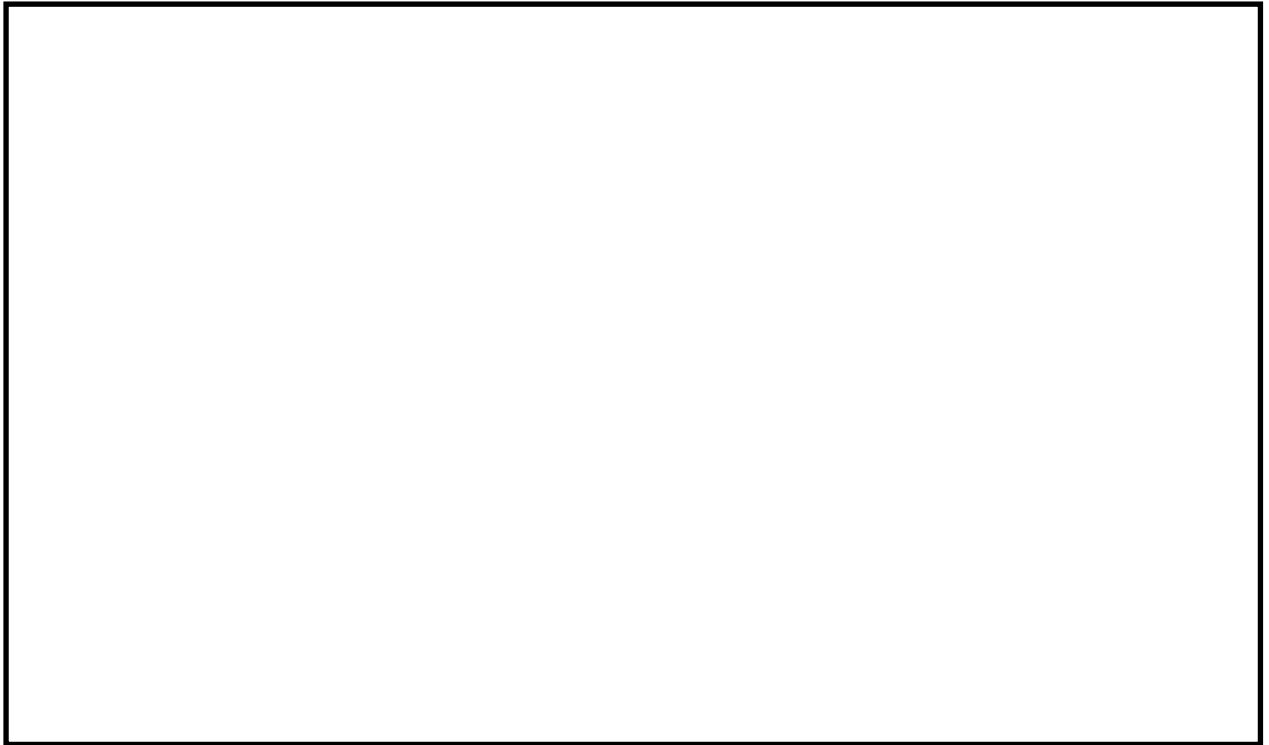
ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ลงชื่อ.....

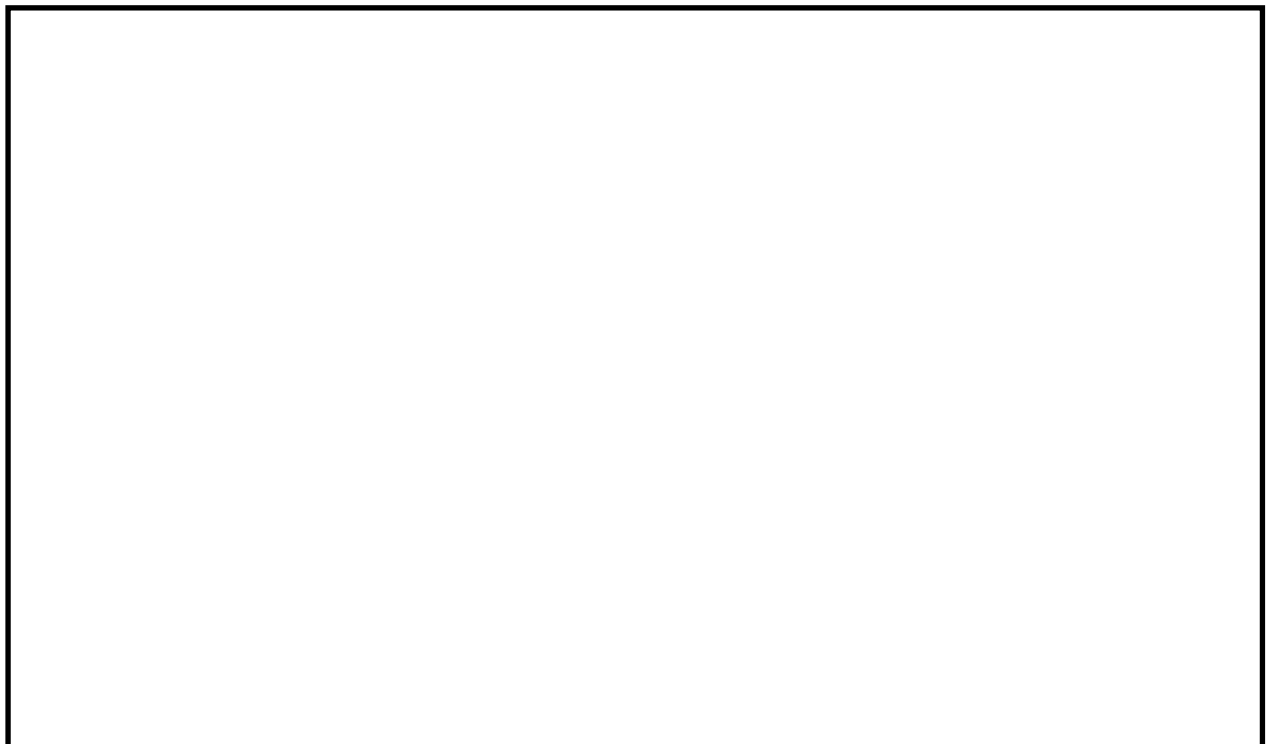
ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

21. ป้ายเตือน “ห้ามสูบบุหรี่”



22. รูปถ่ายแบบบัญชีต่างๆ ตามที่กฎกระทรวงกำหนด, แบบฟอร์มในการส่งต่อผู้ป่วย และหนังสือ/ข้อมูลด้านยา



ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....