

ที่ สป ๐๐๓๒.๐๐๔/๕๖๓๖



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
๑๙ ซอย ๓๕ อีศวนนท์ ๒ สป ๑๐๒๗๐

๕ ตุลาคม ๒๕๖๓

เรื่อง การต่ออายุใบอนุญาตเกี่ยวกับยา เพื่อใช้ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔

เรียน ผู้รับอนุญาตของใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน ขายส่งยาแผนปัจจุบัน ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ และขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์

สิ่งที่ส่งมาด้วย

๑. รายการเอกสารและหลักฐานที่ต้องใช้ประกอบการต่ออายุใบอนุญาต	จำนวน ๑ ชุด
๒. คำขอต่ออายุใบอนุญาตฯ	จำนวน ๑ ชุด
๓. คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	จำนวน ๑ ชุด
๔. แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานที่ที่ขออนุญาต	จำนวน ๑ ชุด
๕. หนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน	จำนวน ๑ ชุด
๖. หนังสือมอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินกิจการ	จำนวน ๑ ชุด

ด้วยใบอนุญาตเกี่ยวกับยาประเภทต่างๆ จะสิ้นอายุในวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ นี้ หากผู้รับอนุญาตใดมีความประสงค์จะประกอบกิจการต่อไปในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ให้ผู้รับอนุญาต พร้อมผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ มายื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต พร้อมชำระค่าธรรมเนียมการต่ออายุฯ และค่าคำขอต่ออายุฯ ได้ที่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ณ อาคาร ๒ ชั้น ๒ (ตึกหลังสุด) ตั้งแต่วันที่ ๒ พฤศจิกายน - ๓๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. ในวันและเวลาราชการ เพื่อให้การต่ออายุมีความสะดวก รวดเร็ว จึงได้จัดช่วงเวลาสำหรับการยื่นขอต่ออายุตามเขตอำเภอ ดังนี้

อำเภอเมืองฯ และอำเภอบางพลี วันที่ ๒ - ๓๐ พ.ย. ๒๕๖๓
อำเภอพระสมุทรเจดีย์ พระประแดง บางบ่อ และบางเสาธง วันที่ ๑ - ๓๐ ธ.ค. ๒๕๖๓

หากร้านขายยาใดมีความประสงค์จะแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตฯ ในช่วงต่ออายุนี้ ให้จัดทำเอกสารแยกชุด โดยสามารถดาวน์โหลดเอกสารแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตฯ ได้ที่ <https://fdasamutprakan.com/form/drug/> ในหัวข้อ “คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง” หรือทาง QR Code ด้านล่างนี้

กรณีร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.๑) รายเก่าที่ได้รับอนุญาตก่อนวันที่ ๒๕ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๕๗ (เลขที่ใบอนุญาตก่อน สป ๖๙/๒๕๕๗) จะต้องยื่นแบบประเมินตนเอง (Self-Assessment) ฉบับเต็มทุกหัวข้อ (Full GPP) พร้อมภาพถ่ายครบทุกภาพ เพื่อนำมาใช้ประกอบการพิจารณาต่ออายุใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน ประจำปี ๒๕๖๔

การชำระค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาต ให้จ่ายเป็น “เงินสด” หรือ “แคชเชียร์เช็ค” ส่งจ่ายในนาม “กระทรวงการคลังผ่านสำนักงานคลังจังหวัดสมุทรปราการ” ส่วนค่าคำขอต่ออายุใบอนุญาต ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่จะจัดเก็บจากผู้ยื่นคำขอในกระบวนการพิจารณาอนุญาต ผลิตภัณฑ์ยา พ.ศ. ๒๕๖๐ ให้จ่ายเป็น “เงินสด” หรือ “แคชเชียร์เช็ค” ส่งจ่ายในนาม “กระทรวงการคลังผ่านสำนักงานคลังจังหวัดสมุทรปราการ” โดยแยกจากส่วนของค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาต

ในการนี้...

ในการนี้ ขอให้ท่านดำเนินการจัดเตรียมเอกสารให้ครบถ้วน และมาติดต่อยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต ตามวันและเวลาที่กำหนดข้างต้น หากยื่นคำขอฯ หลังวันที่ ๓๑ ธ.ค. ๖๓ จะมีความผิดตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ กรณีเป็นบุคคลธรรมดา ต้องระวางโทษปรับวันละ ๑๐๐ บาท กรณีเป็นนิติบุคคล ต้องระวางโทษปรับวันละ ๒๐๐ บาท ทั้งนี้ การยื่นคำขอต่ออายุฯ หลังวันที่ ๓๑ ม.ค. ๖๔ จะกระทำมิได้ ต้องดำเนินการยื่นขอใบอนุญาตใหม่เท่านั้น

ขอแสดงความนับถือ



(นายประกิจ วงศ์ประเสริฐ)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาราชการแทน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

โทร ๐ ๒๓๘๙ ๕๙๘๐ ต่อ ๑๐๖, ๑๐๙

โทรสาร ๐ ๒๓๘๕ ๑๐๓๔



รายงานการเอกสารและหลักฐานที่ต้องใช้ประกอบการขออายุใบอนุญาต

เอกสารและหลักฐาน	ประเภทใบอนุญาต							นำหรือส่ง ยาแผนปัจจุบัน
	ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.๑)				ร้านขายส่ง ยาแผนปัจจุบัน	ขายยาแผน ปัจจุบัน บรรจุเสร็จสำหรับ สัตว์	ขายยาแผน ปัจจุบันเฉพาะยา บรรจุเสร็จสำหรับ สัตว์	
	รายเก่า ได้รับอนุญาตก่อน ๒๕ มิ.ย. ๕๗	GPP ได้รับอนุญาตหลัง ๒๕ มิ.ย. ๕๗ (ตั้งแต่ สป ๖๘/๕๗)	ร้านยาคุณภาพ	ร้านขายส่ง (ขย.๒)				
๑. ผู้รับอนุญาต								
๑.๑ คำขอต่ออายุใบอนุญาต	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
๑.๒ แบบประเมินตนเอง (self-assessment)	✓	-	-	-	-	-	-	-
๑.๓ เอกสารแสดงการเป็นร้านยาคุณภาพ	-	-	✓	-	-	-	-	-
๑.๔ ใบอนุญาต ฉบับจริง	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
๑.๕ ใบรับรองแพทย์ไม่เกิน ๓ เดือน (ระบุไม่เจ็บโรคต้องห้าม ๕ โรค)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
๑.๖ แผนที่ แสดงที่ตั้งฯ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
๑.๗ เอกสารแสดงว่าเป็นผู้ดำเนินการซึ่งเป็นผู้แทนหรือผู้จัดการนิติบุคคลของนิติบุคคล (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออายุ)								
๑.๘ รูปถ่ายสี ๓x๔ ซม ถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๓ รูป ต่อประเภทใบอนุญาต หน้าตรง ไม่มี ไม่สวมแว่นตาและหมวก พื้นหลังสีเขียว								
๒. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (มาแสดงตน ณ วันต่ออายุ)								
๒.๑ คำรับรองผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
๒.๒ ใบรับรองแพทย์ไม่เกิน ๓ เดือน (ระบุไม่เจ็บโรคต้องห้าม ๕ โรค)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
๒.๓ ใบรายงานผลการศึกษาต่อเนื้อหา (CPE)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
๓. อัตราค่าธรรมเนียมการต่ออายุ / ค่าค่าขอต่ออายุ								
๓.๑ อัตราค่าธรรมเนียมการต่ออายุ								
● ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน	๒,๐๐๐	๒,๐๐๐	๒,๐๐๐	-	-	-	-	-
● ใบอนุญาตขายส่งยาแผนปัจจุบัน	-	-	-	๑,๕๐๐	-	-	-	-
● ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน เฉพาะยาบรรจุเสร็จฯ	-	-	-	-	๑,๐๐๐	-	-	-
● ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันฯ สำหรับสัตว์	-	-	-	-	-	๑,๐๐๐	-	-
● ใบอนุญาตนำหรือส่งยาแผนปัจจุบันฯ	-	-	-	-	-	-	-	-
๓.๒ ค่าค่าขอต่ออายุ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องค่าใช้จ่ายที่จัดเก็บจากผู้ยื่นคำขอในกระบวนการอนุญาตผลิตภัณฑ์ฯ พ.ศ.๒๕๖๐ ลงวันที่ ๒๖ ก.ค. ๒๕๖๐	๕๐๐	๕๐๐	๕๐๐	๕๐๐	๕๐๐	๕๐๐	๑๐,๐๐๐	๑๐,๐๐๐
รวมค่าธรรมเนียมที่ต้องชำระ	๒,๕๐๐	๒,๕๐๐	๒,๕๐๐	๒,๐๐๐	๑,๕๐๐	๑,๕๐๐	๑๐,๐๐๐	๑๐,๕๐๐

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

คำขอต่ออายุใบอนุญาต

- ขยายแผนปัจจุบัน
- ขยายสัญญาแผนปัจจุบัน
- ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
- ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า

(ชื่อผู้รับอนุญาต)

มีผู้ดำเนินการ ชื่อ..... (เฉพาะกรณีนิติบุคคล)

เลขที่บัตรประชาชน ได้รับอนุญาตให้ขยาย.....

ใบอนุญาตเลขที่.....ณ สถานที่ขยายชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก / ซอย.....ถนน.....

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

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

ขอต่ออายุใบอนุญาตดังกล่าว เพื่อใช้ต่อไปในปี พ.ศ.....

ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามมาตรา ๑๔ ของพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ ซึ่งไม่เป็นบุคคลล้มละลาย และข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

- (๑) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับรองว่าผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินการสุขภาพแข็งแรงและไม่เป็นโรคตามมาตรา ๑๔ (๖) แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐
- (๒) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับรองว่าผู้ทำหน้าที่ปฏิบัติการมีสุขภาพแข็งแรงสามารถประกอบวิชาชีพได้
- (๓) ใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแผนปัจจุบันหรือใบแทน
- (๔) เอกสารแสดงว่าผู้ดำเนินการซึ่งเป็นผู้แทนหรือผู้จัดการนิติบุคคลของนิติบุคคล (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)
- (๕) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับอนุญาต
- (๖) คำรับรองตามแบบ ข.ย. ๑๕ พร้อมเอกสารประกอบ
- (๗) ผลการตรวจประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน
- (๘) เอกสารอื่น ๆ (ถ้าจำเป็น)

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)ตัวบรรจง)

หมายเหตุ :- ใส่เครื่องหมาย ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

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
(เฉพาะสถานที่ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ)

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

หมายเหตุ :- ใส่เครื่องหมาย ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

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 เป็นผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบ และปฏิบัติงานในตำแหน่ง ประจำ คือ
..... สังกัด (แผนก/ฝ่าย)
ในหน่วยงานชื่อ..... เวลาปฏิบัติงานในหน่วยงาน คือ..... น.

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

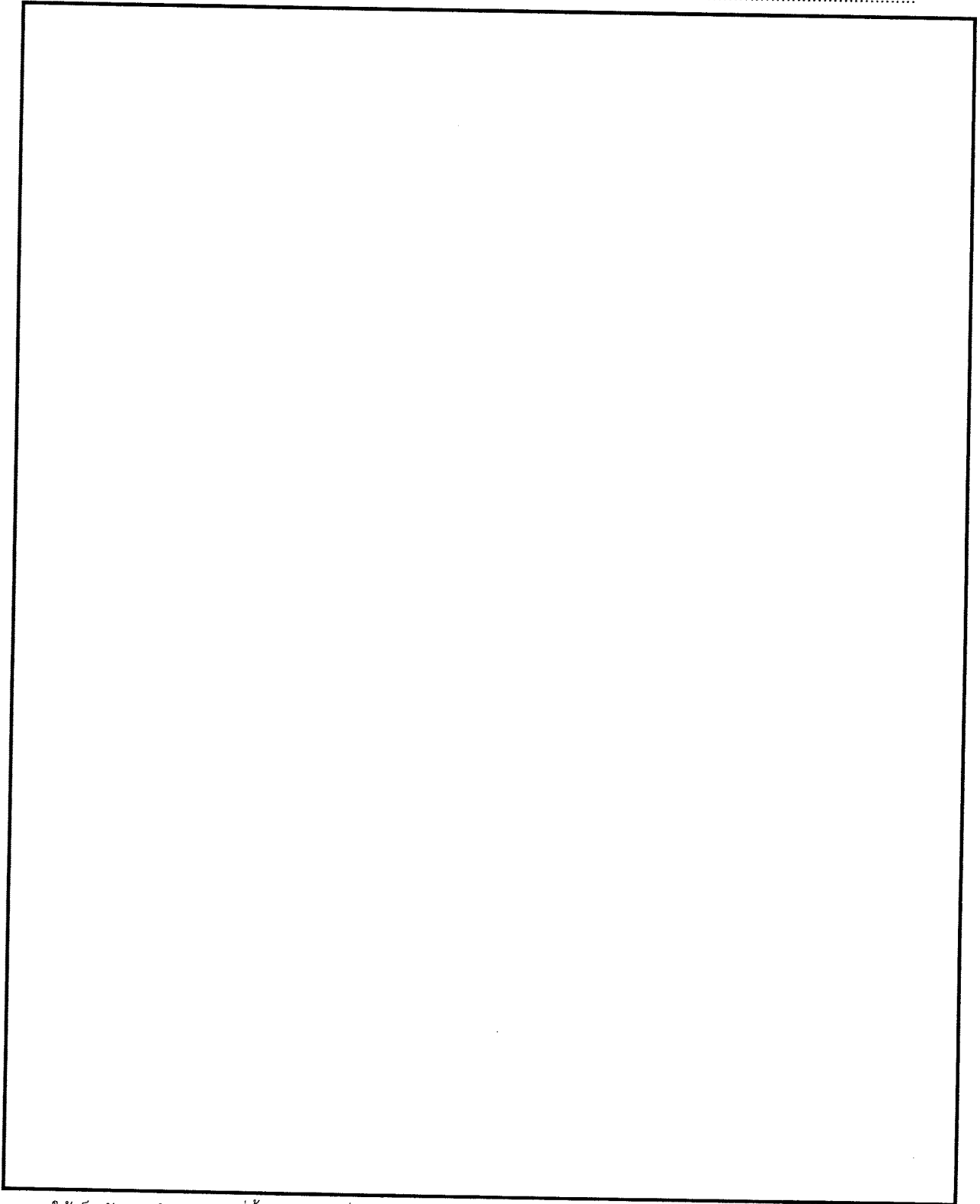
ขอแสดงความนับถือ



.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

เฉพาะกรณีที่เภสัชกรไม่ได้รับราชการ หรือ ทำงานประจำ (ให้กรอกข้อความ อ่านและลงนามข้างล่างนี้)
ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่ได้รับราชการหรือทำงานประจำที่ใด
ทั้งนี้ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน
ลงชื่อ.....
(.....)
เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

แผนที่ แสดงที่ตั้งของสถานที่ที่ขออนุญาต.....



แสดงให้เห็นชัดเจนถึงตำแหน่งที่ตั้งของสถานที่ฯ

๑. ระบุ ถนน / ตรอก / ซอย / แยก / ลีอก
๒. จุดสังเกต หรือ สถานที่สำคัญๆที่บุคคลทั่วไปรู้จัก
๓. ป้ายร้านค้า หรือป้ายที่เป็นจุดสังเกตได้ง่าย
๔. สามารถอ่านได้ง่าย / สามารถวาดด้วยปากกาได้ ไม่จำเป็นต้องพิมพ์
๕. หากพิมพ์มาจากโปรแกรม / แอปพลิเคชันต่างๆ ต้องระบุรายละเอียดข้างต้นให้ครบ

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

หนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

- ผู้รับอนุญาต ผู้ดำเนินกิจการ ผู้ขออนุญาต
 ขยายยาแผนปัจจุบัน นำหรือสั่งยาแผนปัจจุบัน ฯ ผลิตยาแผนปัจจุบัน
 ขยายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสีจที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
 ขยายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสีจสำหรับสัตว์
 ขยายยาแผนโบราณ นำหรือสั่งยาแผนโบราณ ฯ ผลิตยาแผนโบราณ

ของ ร้าน / หจก. / หสน.บริษัท.....

ใบอนุญาตเลขที่..... ตั้งอยู่ที่.....

ขอมอบอำนาจให้.....

บัตรประจำตัวประชาชน บัตรประจำตัวข้าราชการ เลขที่.....

ออกให้โดย.....บัตรหมดอายุ.....

เป็นผู้กระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการเกี่ยวกับ การขออนุญาต การรับใบอนุญาต การต่อใบอนุญาต ลงนามเป็นผู้ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต การแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาต และกิจการอื่นใดทุกประการ เกี่ยวกับการประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา สำหรับใบอนุญาตดังกล่าวข้างต้น

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายใต้ขอบเขตแห่งการมอบอำนาจนี้ ข้าพเจ้าขอ รับผิดชอบและมีผลผูกพันข้าพเจ้าทุกประการ ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

ปิด
อากรแสตมป์
10 บาท

หนังสือมอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ

เขียนที่.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

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

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

โดยมี..... เป็นผู้มีอำนาจจัดการแทนนิติบุคคล ปรากฏตามหนังสือรับรอง
การจดทะเบียนนิติบุคคล กระทรวงพาณิชย์ เลขที่..... ลงวันที่..... ขอมอบอำนาจและ
แต่งตั้งให้.....เป็นผู้ดำเนินการและมีอำนาจทำการ หรือมอบอำนาจ

ให้กระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการเกี่ยวกับการขออนุญาต การรับใบอนุญาต การต่ออายุใบอนุญาตและ
กิจการอื่นใดทุกประการเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา ไม่รวมถึงการแจ้งเลิกกิจการ

และการขอเปลี่ยนผู้รับอนุญาต

(ประเภทใบอนุญาต)

การใดที่ผู้ดำเนินการและผู้รับมอบอำนาจดังกล่าว ได้กระทำภายใต้ขอบเขตแห่งการ
มอบอำนาจนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบและมีผลผูกพันข้าพเจ้าทุกประการ ทั้งนี้
ตั้งแต่วันที่.....

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

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

(อกร
แสตมป์
๓๐ บาท)

(ลงชื่อ)..... ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน
(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน
(.....)

- หมายเหตุ**
๑. พร้อมแนบสำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล กระทรวงพาณิชย์ อายุไม่เกิน ๖ เดือน
 ๒. พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบ(ทุกคน)และผู้รับมอบอำนาจ
 ๓. ใช้หนังสือมอบอำนาจนี้ ๑ ฉบับ สำหรับใบอนุญาต ๑ ประเภท (สำหรับนิติบุคคล)
 ๔. การมอบอำนาจต้องทำตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล