



ที่ สป ๐๐๓๒.๐๐๔/๔๗๔๗

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ  
๑๙ ซอย ๓๕ อีศวนนท์ ๒ สป ๑๐๒๗๐

๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๓

เรื่อง การต่ออายุใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท ๒ เฉพาะสถานพยาบาลของรัฐ

เรียน ผู้รับอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท ๒ เฉพาะสถานพยาบาลของรัฐ ทุกแห่ง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำขอต่ออายุใบอนุญาต จำนวน ๑ ฉบับ
- ๒. ใบตรวจรับเอกสารประกอบคำขอต่ออายุใบอนุญาต จำนวน ๑ ฉบับ
- ๓. หนังสือมอบอำนาจให้ผู้ยื่นมายื่นและรับเอกสารเกี่ยวกับ  
ใบอนุญาตวัตถุประสงค์

ด้วยใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท ๒ เฉพาะสถานพยาบาลของรัฐ  
ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการได้ออกให้ไว้จะสิ้นอายุในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๓ นี้  
ผู้ที่ประสงค์จะขอต่ออายุใบอนุญาตในปี พ.ศ.๒๕๖๔ จะต้องยื่นคำขอ (สิ่งที่ส่งมาด้วย๑) ก่อนใบอนุญาต  
สิ้นอายุและแนบเอกสารหลักฐานประกอบ (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒-๓) ได้ตั้งแต่วันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ ถึง  
วันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๓ ทุกวันในเวลาราชการ ที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงาน  
สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ อาคาร ๒ ชั้น ๒(ตึกหลังสุด) โดยไม่เสียค่าธรรมเนียมต่ออายุ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่ออายุใบอนุญาตภายในเวลาที่กำหนด

ขอแสดงความนับถือ

๒

**นายประจักษ์ วงศ์ประเสริฐ**  
**นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการแทน**  
**นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ**

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

โทร ๐ ๒๓๘๙ ๕๙๘๐ ต่อ ๑๐๖, ๑๐๙

โทรสาร ๐ ๒๓๙๕ ๑๐๓๔

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

ที่ปิดรูปถ่าย  
ผู้ขอต่ออายุใบอนุญาต  
หรือผู้ดำเนินกิจการ  
ขนาด 3x4 เซนติเมตร

**คำขอต่ออายุใบอนุญาต  
จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2**

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

ข้าพเจ้า..... ซึ่งมีผู้ดำเนินกิจการ

( ชื่อผู้ขอต่ออายุใบอนุญาต )

ชื่อ..... ได้รับอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง

ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ตามใบอนุญาตที่.....

ณ สถานที่จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง ชื่อ.....

อยู่เลขที่..... ต.รอก / ซอย..... ถนน.....

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

จังหวัด..... โทรศัพท์.....

ขอต่ออายุใบอนุญาตดังกล่าวข้างต้น ประจำปี พ.ศ.....

พร้อมทั้งคำขอนี้ ข้าพเจ้าได้ส่งมอบหลักฐานต่างๆ มาด้วย คือ

(1) รูปถ่ายของผู้ขอต่ออายุใบอนุญาตหรือผู้ดำเนินการ ขนาด 3 x 4 เซนติเมตร 3 รูป

( ในกรณีต้องออกใบอนุญาตใหม่ )

(2) ใบอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 หรือใบแทน

( ถายมีชื่อ ).....ผู้ยื่นคำขอ

**หมายเหตุ** ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

# หนังสือมอบอำนาจ ให้ผู้ยื่นคำขอและรับเอกสารเกี่ยวกับ ใบอนุญาต ฯ วัตถุประสงค์

ข้าพเจ้า.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
ในสถานที่ประกอบการชื่อ.....อายุ.....ปี เป็นผู้ดำเนินการ  
ชอยสรอก.....ตั้งอยู่ที่.....  
ตำบลแขวง.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....  
ขอมอบอำนาจให้.....อายุ.....ปี  
อยู่เลขที่.....ชอยสรอก.....หมู่ที่.....ถนน.....  
ตำบลแขวง.....เขตอำเภอ.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....บัตรประจำตัวประชาชน.....บัตรข้าราชการ  
เลขที่.....

เป็นคู่ดำเนินการแทนเกี่ยวกับการ  ขอรับใบอนุญาต.....  
 แก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต.....  
 ต่ออายุใบอนุญาต.....  
 อื่น ๆ (ระบุ).....

โดยเป็นผู้ยื่น / รับเอกสาร ตลอดจนการแก้ไขเอกสาร ที่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุข  
จังหวัดสมุทรปราการ แทนข้าพเจ้า ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ  
1. สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ ของข้าพเจ้าที่รับรองเอกสารแล้ว  
2. สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ ของผู้มอบอำนาจที่รับรองเอกสารแล้ว  
การใดที่มิใช่ / นาง / นางสาว.....ได้กระทำไปให้เสมือน  
เป็นการกระทำของข้าพเจ้า และข้าพเจ้าขอรับผิดชอบทุกประการ

คิดอากร 30.- บาท  
ประทับตราบริษัทฯ (ถ้ามี)

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ  
(.....)  
ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)  
ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)  
ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

กรมการทะเบียนใช้ตราม้วน