

**บันทึกการตรวจสอบเอกสารประกอบ  
การย้ายสถานที่/ ขอใบแทนสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน**

ชื่อสถานที่ประกอบการ.....

	รายการยื่นเอกสาร	ครั้งที่	ครั้งที่	ครั้งที่
		1	2	3
ย้ายสถานที่				
	1. ใบปะหน้า			
	2. คำขออนุญาตแก้ไขเปลี่ยนแปลง			
	3. สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต/ ผู้ดำเนินกิจการ			
	4. สำเนาบัตรประชาชนผู้ขออนุญาต/ ผู้ดำเนินกิจการ			
	5. สัญญาเช่า (กรณีเช่าสถานที่) คนที่ลงนามเป็นผู้ให้เช่า ** ต้องมีสภาพเป็นเจ้าของบ้านในทะเบียนบ้าน หรือกรณีทะเบียนบ้านลอย ต้องมีเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ตามข้อ 6 เท่านั้น หรือหนังสือยินยอม (กรณีนามสกุลเดียวกัน)			
	6. สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ที่ขออนุญาต - กรณีสำเนาทะเบียนบ้าน มีผู้อยู่อาศัย คนที่ลงนามเป็นผู้ให้เช่า ** ต้องมีสภาพเป็นเจ้าบ้านในทะเบียนบ้านเท่านั้น - กรณีทะเบียนบ้านไม่มีผู้อยู่อาศัย (ทะเบียนบ้านลอย) ใช้เอกสารอื่นประกอบอย่างใดอย่างหนึ่ง** ดังต่อไปนี้ <u>ที่ตั้งตรงกับทะเบียนบ้านเพื่อแสดงกรรมสิทธิ์</u> [ ] สำเนาสัญญาซื้อ-ขาย สิ่งปลูกสร้างฯ [ ] สำเนาใบอนุญาตก่อสร้าง [ ] สำเนาเอกสารอ้างอิงกรรมสิทธิ์ เช่น ใบเสร็จชำระค่าน้ำ ค่าไฟ			
	7. สำเนาบัตรประชาชนของเจ้าของสถานที่ที่ให้เช่า			
	8. แผนที่และรายละเอียดแสดงที่ตั้งร้าน			
	9. รายละเอียดภายในร้าน <u>พร้อมภาพถ่าย</u> 9.1 ตั๋วอาคารสถานที่ขออนุญาต และบริเวณโดยรอบตัวอาคาร 9.2 ด้านหน้าสถานที่ (ป้ายร้าน, เลขที่ร้าน) 9.3 บริเวณภายในร้าน การจัดชั้นวางยาหรือผลิตภัณฑ์ 9.4 บริเวณ “ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร” 9.5 ภาพการใช้ม่านปิดบังมิให้เห็นยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ แสดงข้อความ “ขณะนี้เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ ไม่สามารถขายยาบริเวณนี้ได้” 9.6 บริเวณ “บริเวณให้คำปรึกษาด้านยา” 9.7 บริเวณ “จุดให้บริการตนเอง” 9.8 บริเวณ “พื้นที่เก็บสำรองยา” พร้อมเทอร์โมมิเตอร์ 9.9 ป้าย “สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน” 9.10 ถาดน้บยา จำนวนอย่างน้อย 2 ชุด โดยแยกเป็น (1) ยากลุ่มเพนนิซิลิน			

	รายการยื่นเอกสาร	ครั้งที่	ครั้งที่	ครั้งที่
		1	2	3
	(2) ยากลุ่มทั่วไป (3) ยากลุ่มต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAID) (4) ยากลุ่มซัลโฟนาไมด์ (ถ้ามี) พร้อมทั้งอุปกรณ์นับเม็ดยา 9.11 เครื่องวัดความดันโลหิต ชนิดอัตโนมัติ จำนวน 1 เครื่อง 9.12 ตู้เย็นเก็บยา พร้อมเทอร์โมมิเตอร์ จำนวน 1 เครื่อง 9.13 เครื่องชั่งน้ำหนัก จำนวน 1 เครื่อง 9.14 เครื่องวัดส่วนสูง 9.15 อุปกรณ์ดับเพลิง จำนวน 1 เครื่อง 9.16 ฉลากยา โดยให้มีรายละเอียดดังนี้ ชื่อ, ที่อยู่ร้าน, เบอร์โทร, วันที่จ่ายยา, ชื่อผู้รับบริการ, ชื่อยาที่เป็นชื่อสามัญทางยาหรือชื่อการค้า, ความแรง, จำนวนจ่าย, ข้อบ่งใช้, วิธีใช้ยา ที่ชัดเจนเข้าใจง่าย, ฉลากช่วย คำแนะนำคำเตือน, ลายมือชื่อเภสัชกร 9.17 เครื่องปรับอากาศ พร้อมเทอร์โมมิเตอร์ 9.18 ป้ายแจ้งเตือน “ผู้แพ้ยา สตรีมีครรภ์ โรคประจำตัวโปรดแจ้งเภสัชกร” 9.19 ป้าย “ห้ามสูบบุหรี่”			
	10. คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (แบบ ข.ย.14)...รับรองการย้ายสถานที่			
	11. สำเนาใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม			
	12. สำเนาทะเบียนบ้านผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ			
	13. สำเนาบัตรประชาชนผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ			
	14. หนังสือมอบอำนาจดำเนินการแทน (ในกรณีที่ผู้ยื่นขอไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยตัวเอง) ตีอากรแสตมป์ 10 บาท พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ			
	15. ใบอนุญาต			
<b>ขอใบแทน</b>				
	1. ใบปะหน้า			
	2. คำขอใบแทนใบอนุญาต			
	3. ใบแจ้งความ			
	4. รูปถ่าย ขนาด 3x4 เซนติเมตร จำนวน 2 รูป			
	5. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับอนุญาต/ ผู้ดำเนินการกิจการ			
	6. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับอนุญาต/ ผู้ดำเนินการกิจการ			
	7. เอกสารแสดงว่าเป็นผู้ได้รับอนุญาต (สำเนาใบอนุญาตเดิม)			
	8. เอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง			

โปรดตรวจสอบเอกสารให้ครบ เอกสารที่เป็นสำเนาให้เซ็นรับรองสำเนาให้ครบถ้วน พร้อมทั้งตัวจริง และจัดเรียงลำดับเอกสารตามตารางข้างต้นให้เรียบร้อย หากเอกสารไม่ครบ/เอกสารที่ต้องแสดงตัวจริง ไม่ได้นำมาแสดง เมื่อเจ้าหน้าที่จะตรวจสอบ พบว่า ไม่ครบหรือไม่ถูกต้อง จะส่งคืนให้ท่านกลับไปดำเนินการใหม่

ตามที่ท่านได้ยื่นคำขออนุญาตฯ พร้อมเอกสารต่าง ๆ ให้กลุ่มงานตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสารประกอบ  
คำขอฯ ดังกล่าวนั้น ได้ตรวจสอบแล้ว ขอเรียนว่าคำขอฯ และเอกสารประกอบของท่าน

ครั้งที่ 1 วันที่..... ( ) ครบถ้วน ( ) ไม่ครบถ้วน และยังขาดเอกสารหมายเลข.....

แก้ไข.....

ลายมือชื่อ..... ลายมือชื่อ.....

(ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ยื่น)

(เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ)

ครั้งที่ 2 วันที่..... ( ) ครบถ้วน ( ) ไม่ครบถ้วน และยังขาดเอกสารหมายเลข.....

แก้ไข.....

ลายมือชื่อ..... ลายมือชื่อ.....

(ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ยื่น)

(เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ)

ครั้งที่ 3 วันที่..... ( ) ครบถ้วน ( ) ไม่ครบถ้วน และยังขาดเอกสารหมายเลข.....

แก้ไข.....

ลายมือชื่อ..... ลายมือชื่อ.....

(ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ยื่น)

(เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ)

ดังนั้น จึงขอให้ท่านจัดทำเอกสารดังกล่าวให้ครบถ้วน แล้วนำมายื่นใหม่อีกครั้ง

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัช  
 สาธารณสุข  
 เลขรับที่.....  
 วัน เดือน ปี.....  
 นัดตรวจ.....  
 ลงชื่อผู้รับ.....

## สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขออนุญาต.....

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสมุทรปราการ

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

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

ยื่นขออนุญาตตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ.2510 ของสถานประกอบการ ประเภท  ผลิต  ขาย  นำสั่งฯ

ยาแผน.....ชื่อ.....ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....

ถนน.....ซอย.....ตำบล.....อำเภอ.....

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

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

ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

( ) รายการที่ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง.....

.....

.....

.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยื่นคำขออนุญาต

(1) เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสมุทรปราการ

ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว และเป็นอำนาจของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

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

( ) หนังสือมอบอำนาจของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่ 112/2547 ประกอบกับ คำสั่งจังหวัดสมุทรปราการ ที่ 8409/2563 ลงวันที่ 16 ธันวาคม 2563 การมอบอำนาจของผู้ว่าราชการจังหวัดสมุทรปราการ ให้แก่หัวหน้าส่วนราชการ ข้อ 2.2.3

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

ผู้ดำเนินการ

.....

.....

.....

.....

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

- คำขอ
- ขยายแผนปัจจุบัน
  - ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
  - ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์
  - ใบแทนใบอนุญาต
  - ขยายสถานที่

เขียนที่ .....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า .....

(ชื่อผู้รับอนุญาต)

มีผู้ดำเนินกิจการ ชื่อ..... (เฉพาะกรณีนิติบุคคล)

เลขที่บัตรประชาชน  ได้รับอนุญาตให้ขยาย.....

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

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

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

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

มีความประสงค์ขอ

ใบแทนใบอนุญาตขยายยา เนื่องจาก..... (ระบุเหตุที่ขอรับใบแทน)

ย้ายสถานที่ขยายชื่อ.....

ไปอยู่เลขที่..... ตรอก / ซอย ..... ถนน.....

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

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

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

<input type="checkbox"/> หลักฐานประกอบคำขอใบแทนใบอนุญาต (๑) รูปถ่ายของผู้ขออนุญาต หรือผู้แทนหรือผู้จัดการนิติบุคคล ขนาด ๓ x ๔ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป (๒) ใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแผนปัจจุบัน (ถ้ามี) (๓) ใบรับแจ้งความของสถานีตำรวจแห่งท้องที่ที่ใบอนุญาตนั้น สูญหายมาด้วย (๔) ใบอนุญาตใบเดิม (กรณีที่ใบอนุญาตถูกทำลายในสาระสำคัญ)	<input type="checkbox"/> หลักฐานประกอบคำขอย้ายสถานที่ (๑) ใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแผนปัจจุบันหรือใบแทนปัจจุบันหรือใบแทน (๒) แบบแปลนแผนผังสิ่งปลูกสร้างของสถานที่ขยายยาแห่งใหม่ (๓) เอกสารอื่นถ้าจำเป็น
--	--

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ขออนุญาต  
(.....)..... (ตัวบรรจง)

## 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

 ผู้ประกอบวิชาชีพ.....(๑) ข้าพเจ้าเป็น  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 (ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กำหนด)

(๔) เอกสารอื่น ๆ (ถ้าจำเป็น)

ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

กรณีการขอใบอนุญาตใหม่ ให้ทำคำรับรองนี้ต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ให้คำรับรอง

(ลายมือชื่อ)..... พนักงานเจ้าหน้าที่



คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน

เพื่อเป็นหลักฐานประกอบคำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในการเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในร้านขายยา  
ตามกฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. ๒๕๕๖

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

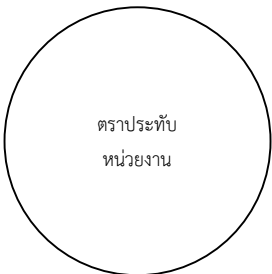
เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสมุทรปราการ  
ข้าพเจ้า.....

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 ข้าพเจ้าไม่ได้รับราชการหรือทำงานประจำที่ได้  
ทั้งนี้ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

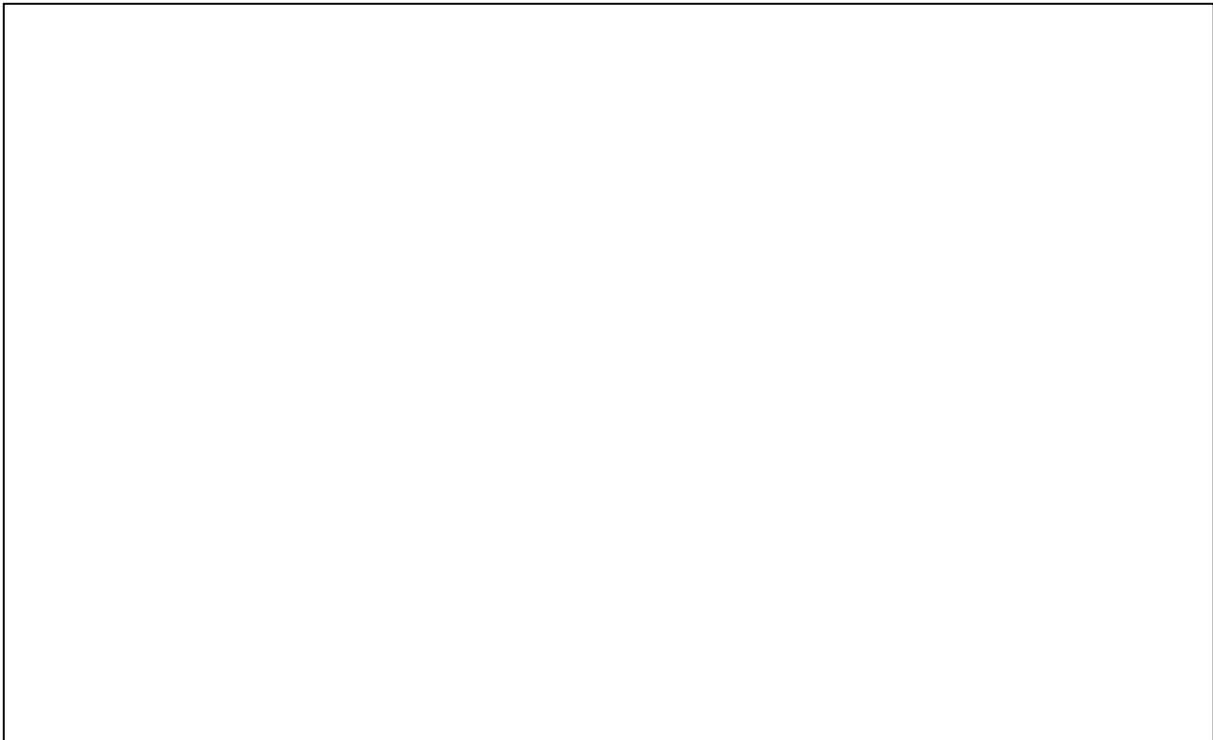
ลงชื่อ.....  
(..... )

เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

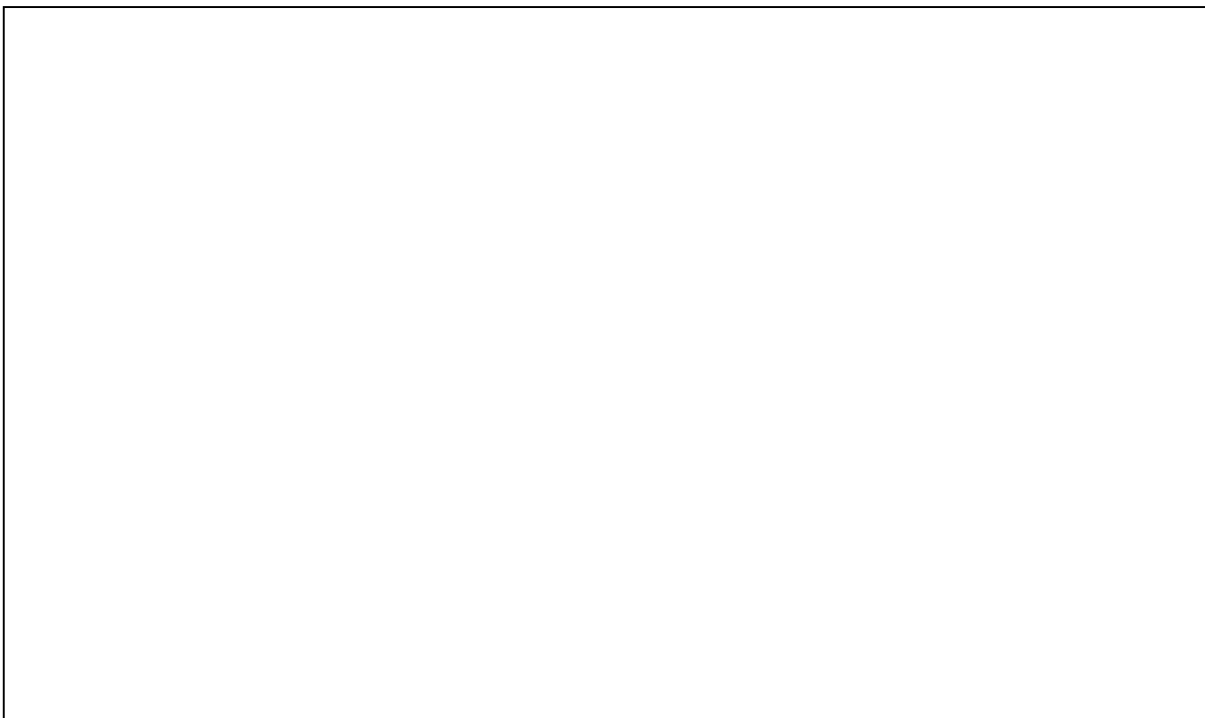
ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

.....



1. ภาพลักษณะของอาคารสถานที่ขออนุญาต และบริเวณโดยรอบตัวอาคาร



2. ด้านหน้าสถานที่ (ป้าย, เลขที่)

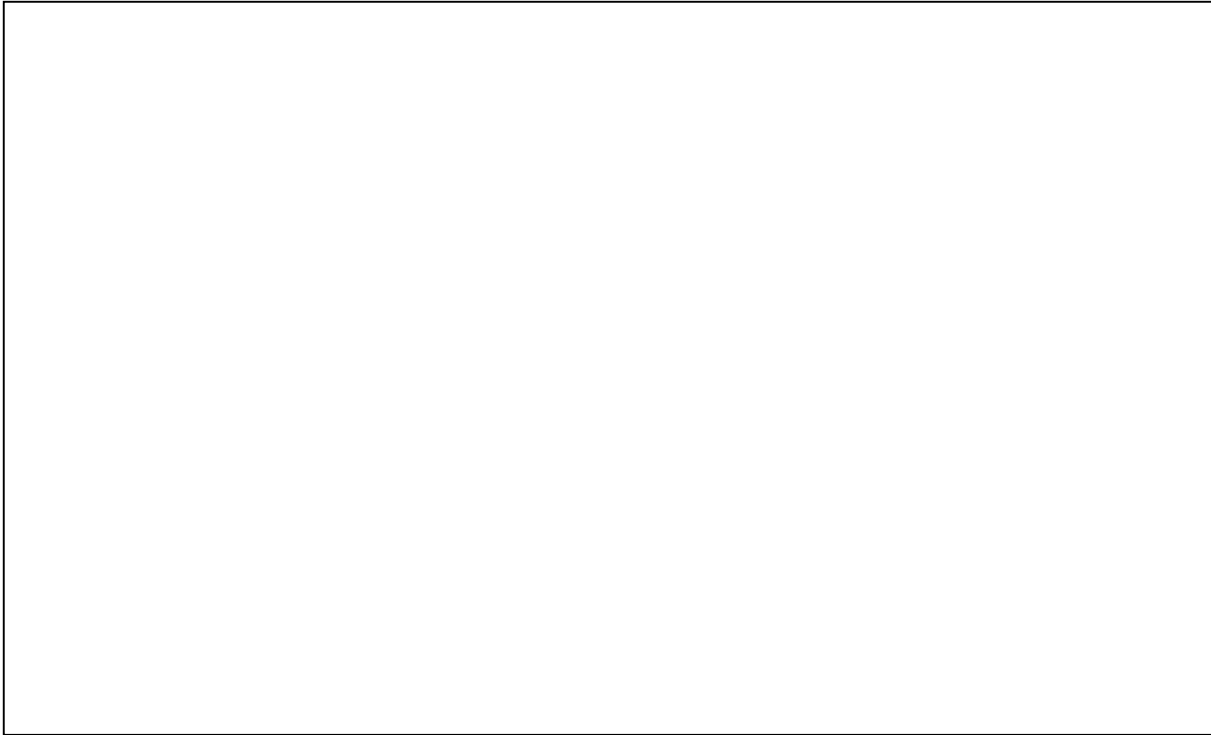
รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ลงชื่อ.....

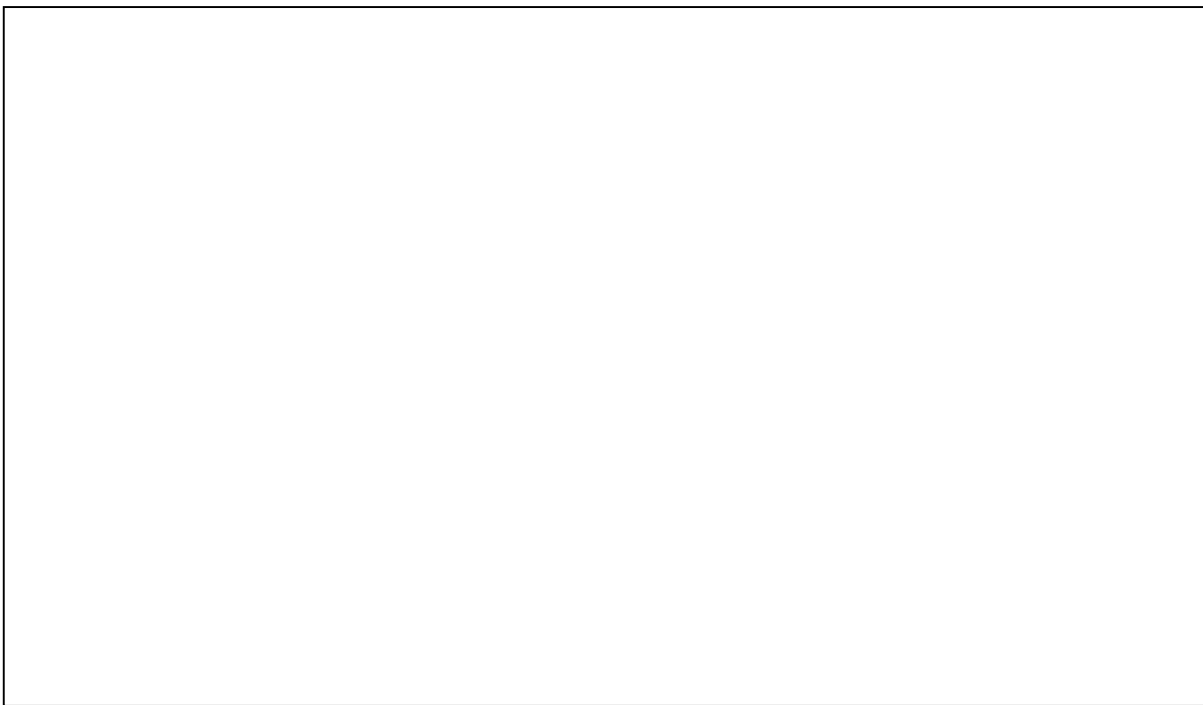
ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

.....



3. บริเวณภายในร้าน การจัดชั้นวางยาหรือผลิตภัณฑ์



4. บริเวณ “ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร”

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ลงชื่อ.....

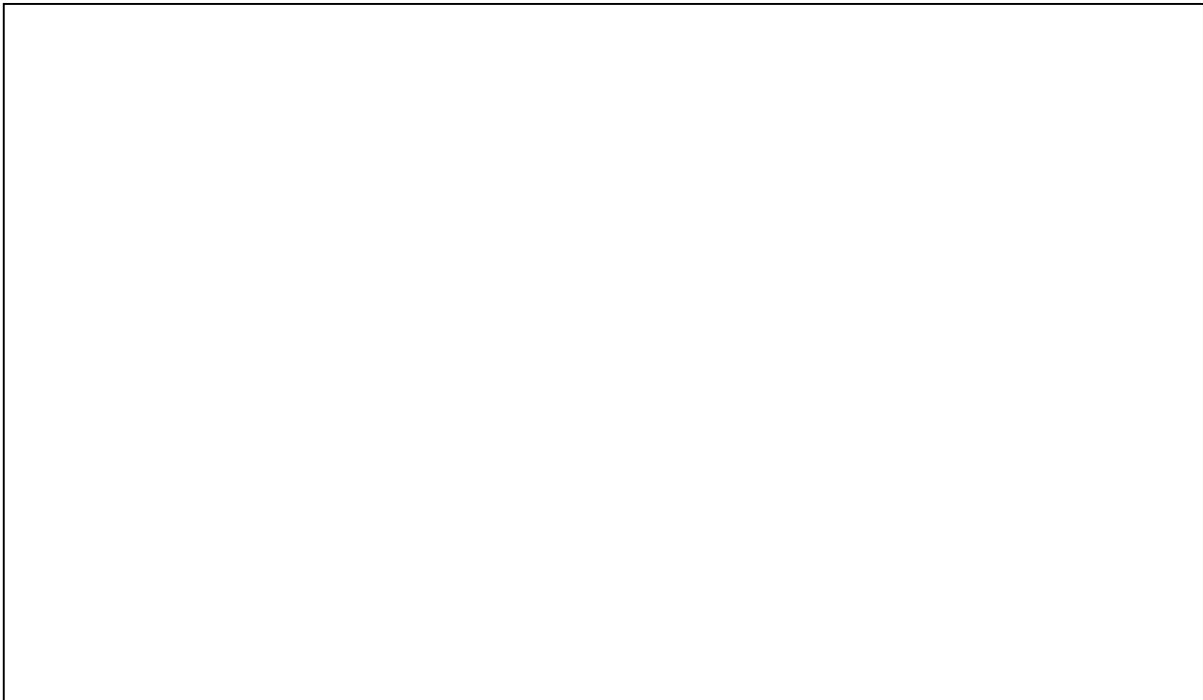
ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

.....



5. ภาพการใช้ม่านปิดบังมิให้เห็นยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ แสดงข้อความ  
“ขณะนี้เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ ไม่สามารถขายยาบริเวณนี้ได้”



6. บริเวณ “บริเวณให้คำปรึกษาด้านยา”

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

.....



7. บริเวณ “จุดให้บริการตนเอง”



8. บริเวณ “พื้นที่เก็บสำรองยา” พร้อมเทอร์โมมิเตอร์

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

9. ป้าย “สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน”

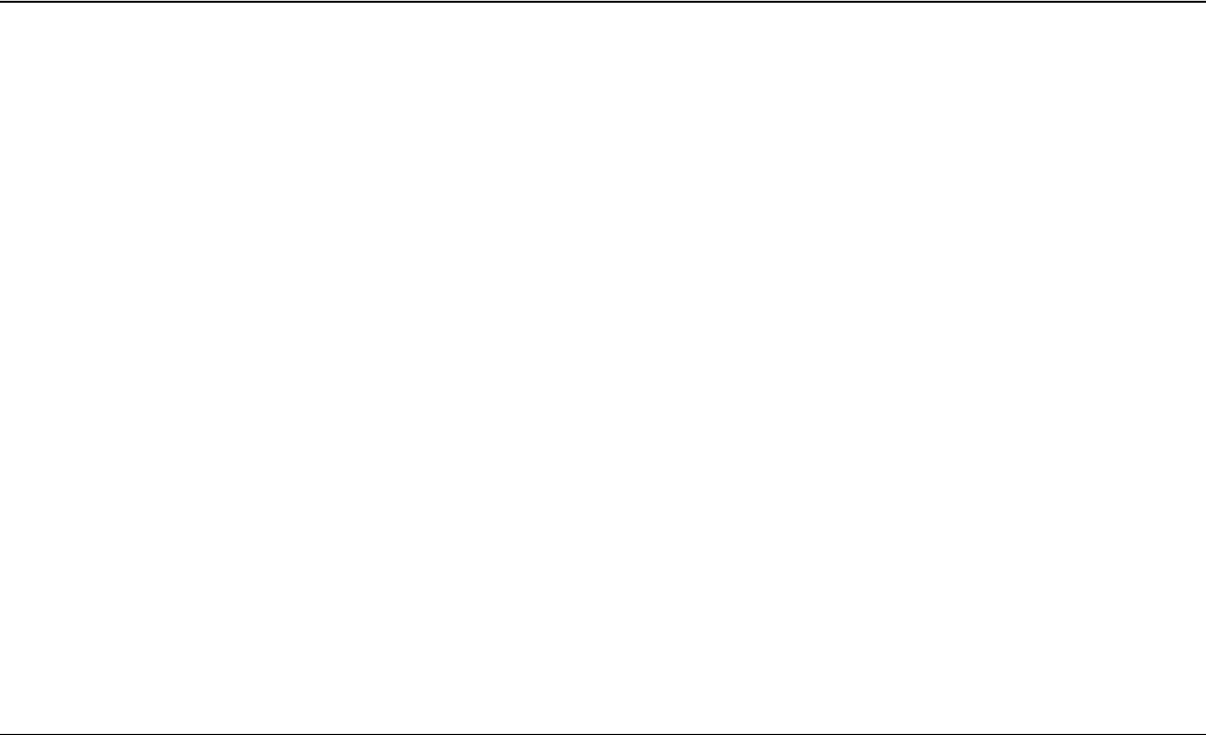
10. ถาดน้บยา จำนวนอย่างน้อย 2 ชุด โดยแยกเป็น (1) ยากลุ่มเพนนิซิลิน (2) ยากลุ่มทั่วไป  
(3) ยากลุ่มต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAID) (4) ยากลุ่มซัลโฟนาไมด์ (ถ้ามี) พร้อมทั้งอุปกรณ์นับเม็ดยา

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

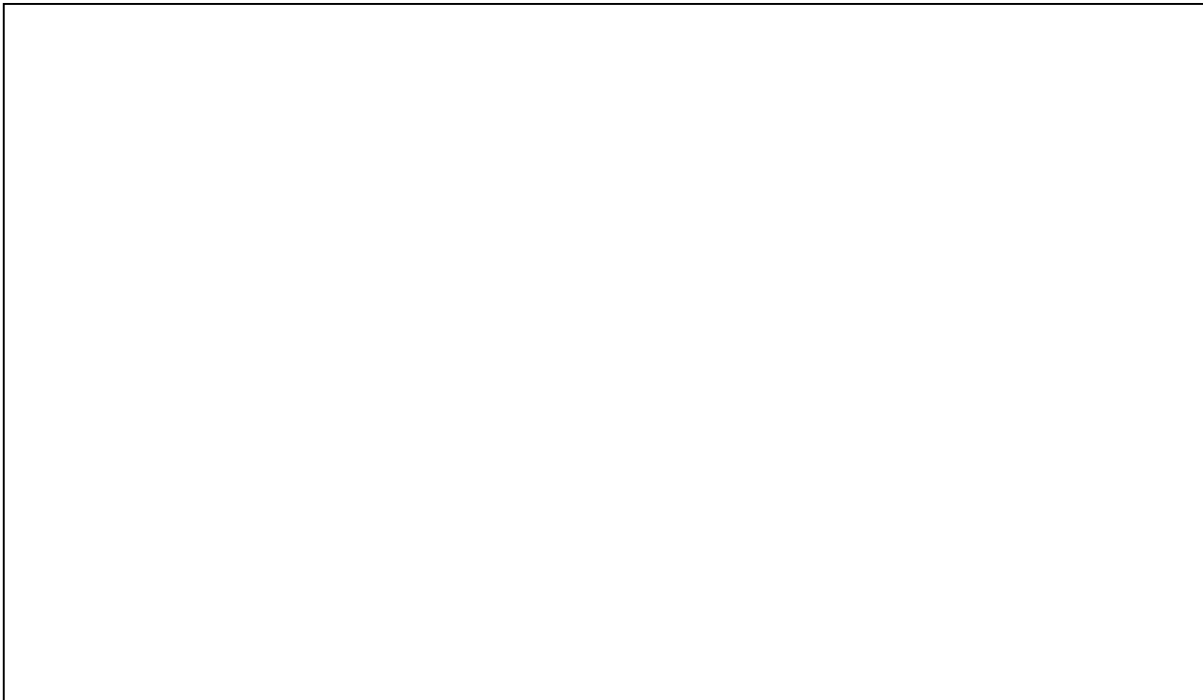
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....



11. เครื่องวัดความดันโลหิต ชนิดอัตโนมัติ จำนวน 1 เครื่อง



12. ตู้เย็นเก็บยา พร้อมเทอร์โมมิเตอร์ จำนวน 1 เครื่อง

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ลงชื่อ.....

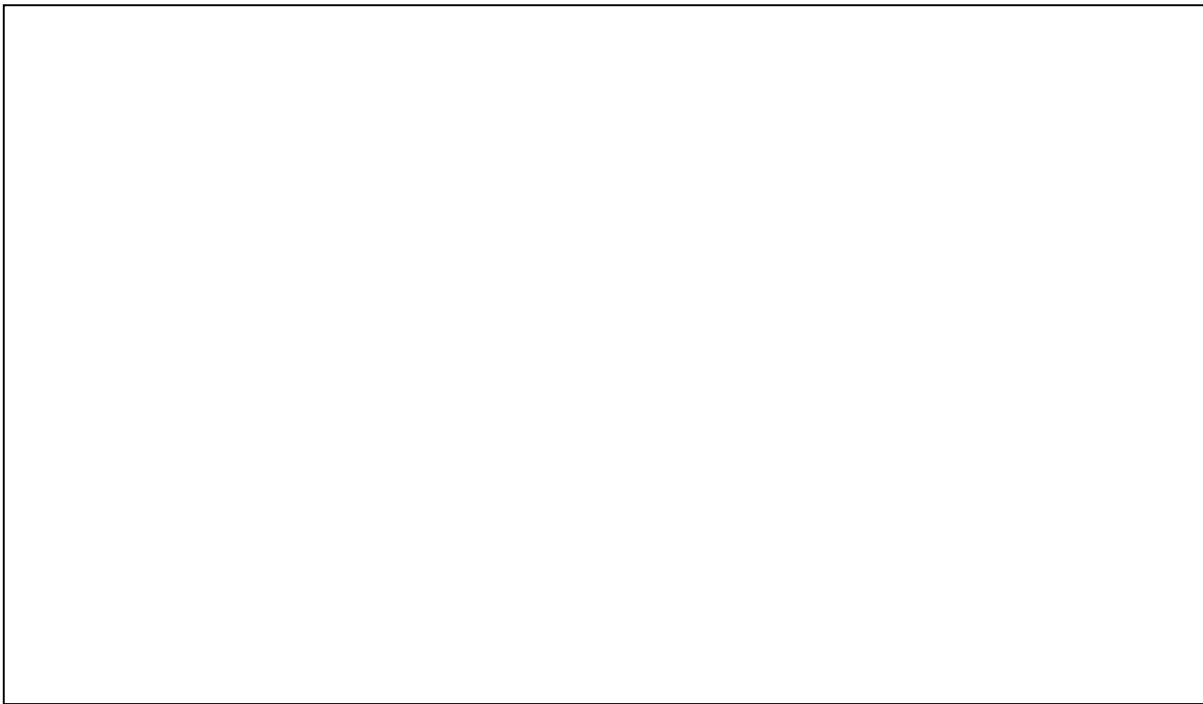
ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

.....



13. เครื่องชั่งน้ำหนัก จำนวน 1 เครื่อง



14. เครื่องวัดส่วนสูง

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ลงชื่อ.....



ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

.....



15. อุปกรณ์ดับเพลิง จำนวน 1 เครื่อง



16. ฉลากยา โดยให้มีรายละเอียดดังนี้ ชื่อ, ที่อยู่ร้าน, เบอร์โทร, วันที่จ่ายยา, ชื่อผู้รับบริการ, ชื่อยาที่เป็นชื่อสามัญทางยาหรือชื่อการค้า, ความแรง, จำนวนจ่าย, ข้อบ่งใช้, วิธีใช้ยา ที่ชัดเจนเข้าใจง่าย, ฉลากช่วย คำแนะนำนำคำเตือน, ลายมือชื่อเภสัชกร

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ลงชื่อ.....


ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

.....



17. เครื่องปรับอากาศ พร้อมเทอร์โมมิเตอร์



18. ป้ายแจ้งเตือน “ผู้แพ้ยา สตรีมีครรภ์ โรคประจำตัวโปรดแจ้งเภสัชกร”

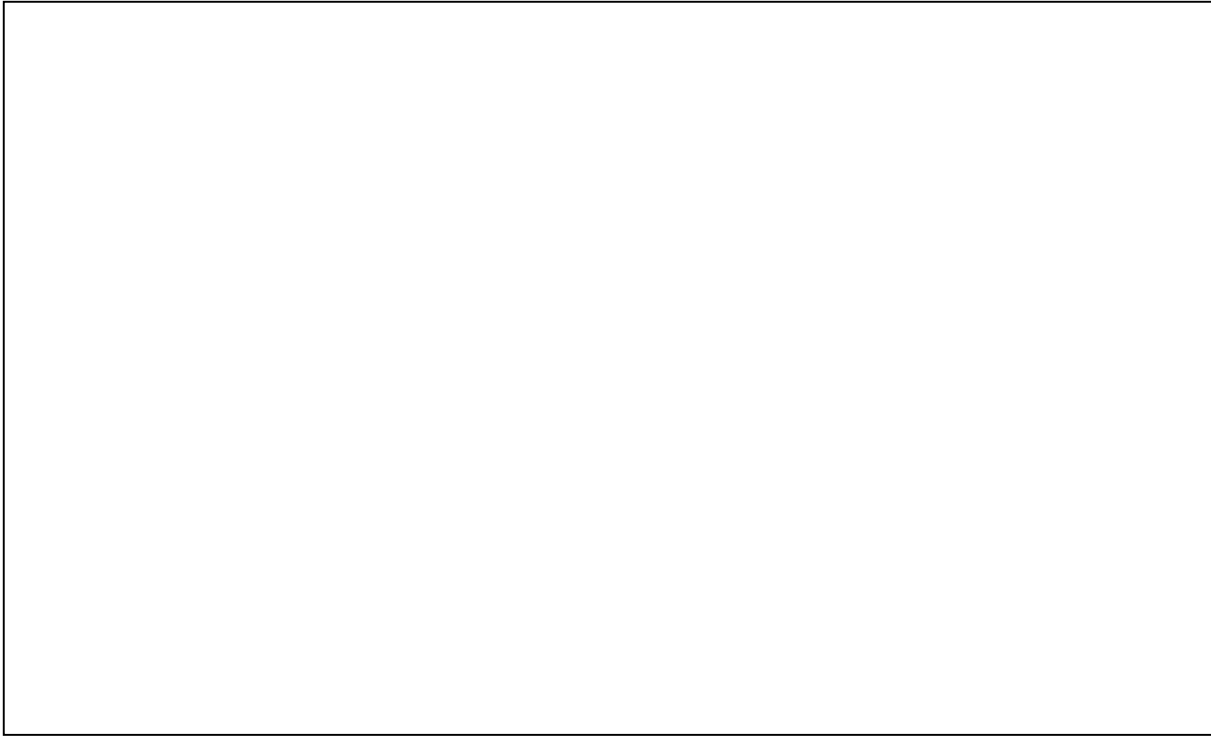
รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

.....

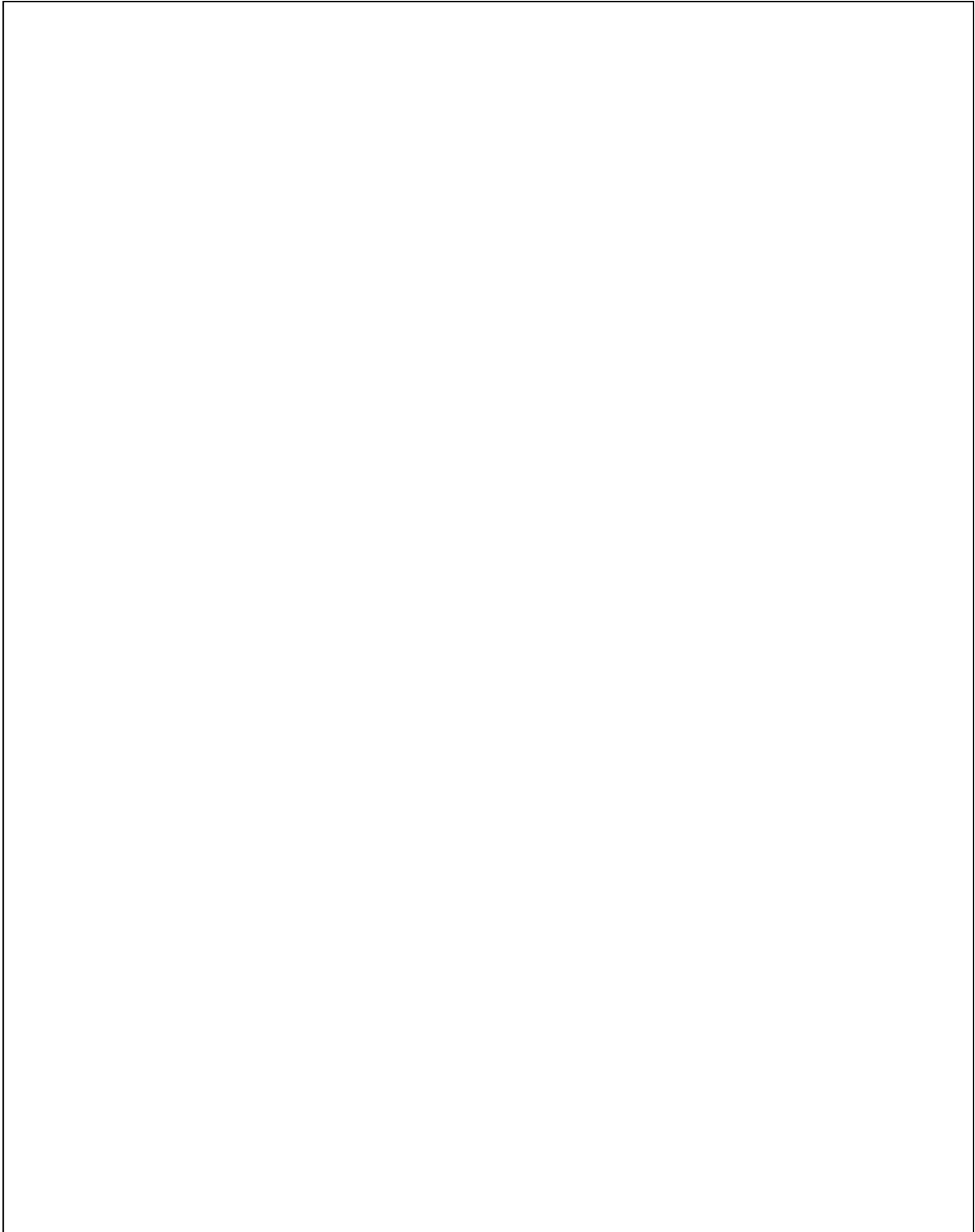


19. ป้าย “ห้ามสูบบุหรี่”

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

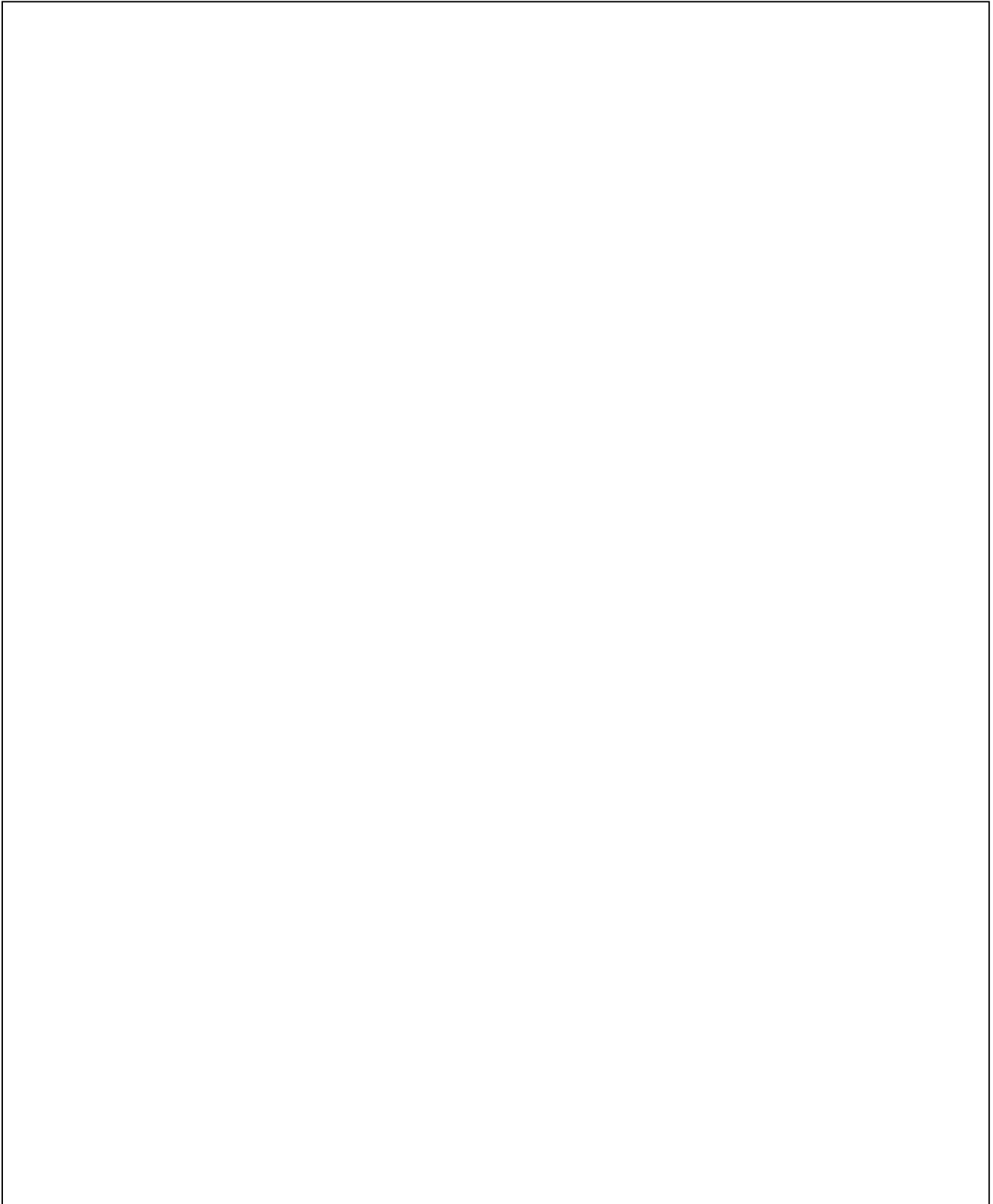
ลงชื่อ.....

แผนที่ตั้งของสถานที่.....  
.....



รับรองว่าเป็นความจริง  
ลงชื่อ.....

แผนผังภายในสถานที่.....  
.....



หมายเหตุ ให้ระบุความกว้าง ลึกของร้าน  
และขนาดของตู้ด้วย

รับรองว่าเป็นความจริง  
ลงชื่อ.....