

แบบแจ้งการเข้าปฏิบัติหน้าที่แทนผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
ในสถานที่ขยายแผนปัจจุบัน

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... ผู้รับอนุญาตขยายแผนปัจจุบัน

ใบอนุญาตเลขที่ ชื่อสถานที่ขยาย ตั้งอยู่เลขที่

ตรอก/ซอย อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ มีนาย/นาง/นางสาว

เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เวลาปฏิบัติการ น.

ขอแจ้งชื่อ แกสักรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการแทนผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการซึ่งไม่อาจปฏิบัติหน้าที่เป็นการ
ชั่วคราว (ไม่เกินหกสิบวัน) ดังต่อไปนี้

๑) ชื่อ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมเลขที่.....
ระหว่างวันที่ ถึง วันที่

เวลาปฏิบัติการ.....

๒) ชื่อ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมเลขที่.....
ระหว่างวันที่ ถึง วันที่

เวลาปฏิบัติการ.....

๓) ชื่อ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมเลขที่.....
ที่ระหว่างวันที่ ถึง วันที่

เวลาปฏิบัติการ.....

พร้อมกันนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐาน ดังต่อไปนี้

๑ สำเนาใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมจำนวน ใบ

๒ อื่นๆ

ลงชื่อ ผู้รับอนุญาต

(.....)