



ที่ สป ๐๐๓๒.๐๐๔/ ๑๒๓๓

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
๑๙ ซอย ๓๕ อีควินท์ ๒ สป ๑๐๒๗๐

๑๗ มีนาคม ๒๕๖๔

เรื่อง แจ้งชำระเงินพร้อมตรวจประเมิน GPP

เรียน ผู้รับอนุญาตร้านขายยาแผนปัจจุบัน

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบคำขอตรวจประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ร้านขายยาได้ยื่นแบบประเมินตนเอง (Self-Assessment) เพื่อต่ออายุใบอนุญาตเมื่อปลายปี ๒๕๖๓ ที่ผ่านมา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ขอเรียนชี้แจงว่า หากร้านขายยาได้พร้อมรับการตรวจของพนักงานเจ้าหน้าที่ สำหรับการต่ออายุใบอนุญาตปลายปี ๒๕๖๔ นี้ ขอให้ท่านกรอกข้อมูลในแบบคำขอตรวจฯ พร้อมแนบหลักฐาน และมาชำระเงินค่าคำขอตรวจสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามคำสั่งที่ ๗๗/๒๕๕๙ อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔๔ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย จำนวนเงิน ๒,๐๐๐ บาท ได้ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔ เพื่อรอรับการเข้าตรวจร้านขายยาของพนักงานเจ้าหน้าที่ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวเกษมริศา ทะชะนีย์)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านส่งเสริมพัฒนา) รักษาราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

โทร ๐ ๒๓๘๙ ๕๙๘๐ ต่อ ๑๐๖, ๑๐๙

โทรสาร ๐ ๒๓๙๕ ๑๐๓๔

ผู้รับผิดชอบ นางสาวอศิรา เกียรติสีสกุล

ลำดับคิวตรวจ.....

วันที่รับเรื่อง.....

วันที่นัด.....

เจ้าหน้าที่.....

แบบคำขอตรวจประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน
สำหรับร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.๑)

รายละเอียดผู้ยื่นคำขอ

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....ออกให้ ณ
บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....Email.....

ประสงค์ขอรับการตรวจประเมินสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีทางเภสัชกรรม

ร้านขายยาชื่อ.....ใบอนุญาตเลขที่.....
บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ.....จังหวัด สมุทรปราการ รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....ระยะเวลาทำการร้าน.....

ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการชื่อ.....โทรศัพท์.....

เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการชื่อ.....โทรศัพท์.....

คำรับรอง

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่า จะเตรียมพร้อมรับการตรวจประเมินของผู้ตรวจประเมิน ตามแนวทางการตรวจประเมินตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน
- ข้าพเจ้าขอรับรองว่า สถานที่ขายยาที่ขอรับการตรวจประเมินจะปฏิบัติให้เป็นไปตามเงื่อนไขที่กฎหมายและผู้อนุญาตกำหนด
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า หากมีข้อผิดพลาด ข้อบกพร่อง ไม่เป็นไปตามข้อเท็จจริงที่ได้ยื่นคำขอ หรือไม่สอดคล้องตามเงื่อนไขที่กฎหมาย/ผู้อนุญาตกำหนด หรือไม่มีการแก้ไขข้อบกพร่องตามที่เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจประเมินได้ให้ข้อสังเกต/แนะนำจากการตรวจประเมิน หรือพบความไม่สอดคล้องในภายหลังนั้น จะไม่สามารถใช้ผลการตรวจประเมินดังกล่าวในการยื่นต่ออายุใบอนุญาตได้

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นขอตรวจประเมิน
(.....)
...../...../.....

หมายเหตุ ขอให้แนบหลักฐานประกอบการพิจารณาดังนี้

- ๑.แบบประเมินตนเอง (Self-Assessment) ดาวนโหลด <https://fdasamutprakan.com/form/drug>
- ๒.สำเนาบัตรประชาชน ผู้ยื่นขอตรวจประเมิน
- ๓.สำเนาใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันที่ยังไม่หมดอายุ
- ๔.แผนที่ตั้งร้านยา
- ๕.กรณีนิติบุคคล ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านหรือสำเนาบัตรประชาชน และหนังสือมอบอำนาจให้ผู้ยื่นมาดำเนินการแทน พร้อมสำเนาบัตรประชาชน

