

แบบตรวจเอกสาร
การขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

ชื่อผู้ขออนุญาต.....ชื่อร้าน.....
ตั้งอยู่เลขที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดสมุทรปราการ
เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อ.....
ชื่อผู้ตรวจเอกสาร.....ครั้งที่.....วันที่.....เวลา.....น.

รายการ	ถูกต้อง	แก้ไข	หมายเหตุ
เอกสารที่ผู้ขออนุญาตต้องเตรียม			
1. ใบปะหน้า			
2. แบบคำขออนุญาต			
3. รูปถ่ายสีของผู้ขออนุญาต ขนาด 3x4 ซม. (1.5 นิ้ว) 3 รูป ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน			
4. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต พร้อมตัวจริง (สำหรับบุคคลต่างชาติ ใช้ หนังสือขออนุญาตทำงานที่ออกโดยกระทรวงแรงงานฯ และหนังสือเดินทาง)			
5. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ขออนุญาต พร้อมตัวจริง			
6. ใบรับรองแพทย์ตัวจริง (ต้องไม่เกิน 1 เดือน) (ระบุโรคต้องห้าม ตามกฎกระทรวง ได้แก่ โรคเรื้อน, วัณโรคในระยะอันตราย, โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม, โรคจิตยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง, โรคพิษสุราเรื้อรัง)			
7. สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ จำนวน 3 ชุด			
8. หลักทรัพย์ (สำเนาสมุดบัญชีพดเตดล่าสุด) หรือหนังสือรับรองจากธนาคาร จำนวนเงินตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป / สำเนาโฉนดที่ดินไม่ติดภาระผูกพัน			
9. กรณีเช่าสถานที่ ให้แนบ สำเนาสัญญาเช่าที่ผู้รับอนุญาตลงชื่อรับรองจริง หรือหนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่ (กรณีนามสกุลเดียวกัน)			
10. สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ที่ขออนุญาต - กรณีสำเนาทะเบียนบ้านไม่มีผู้อยู่อาศัย (ทะเบียนบ้านลอย) ใช้เอกสารอื่นประกอบ อยางใดอย่างหนึ่ง** ดังนี้ [] สำเนาสัญญาซื้อ-ขาย สิ่งปลูกสร้างฯ [] สำเนาใบอนุญาตก่อสร้าง [] สำเนาเอกสารอ่างกรรมสิทธิ์ - กรณีสำเนาทะเบียนบ้าน มีผู้อยู่อาศัย คนที่ทำสัญญาเช่า ต้องมีสภาพเป็นเจ้าของบ้าน เท่านั้น			
11. สำเนาบัตรประชาชนของเจ้าของสถานที่ที่ให้เช่า/ ยินยอม			
12. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีผู้ขออนุญาตไม่สามารถมาติดต่อด้วยตนเอง) ติดอากรแสตมป์ 10 บาท			
13. สำเนาบัตรประชาชนของ ผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ			
14. กรณีนิติบุคคล ให้เพิ่มเอกสารประกอบ ดังนี้ 1. หนังสือรับรองจดทะเบียน พร้อมแนบวัตถุประสงค์ของนิติบุคคล ไม่เกิน 6 เดือน - ต้องมีระบุวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการประกอบธุรกิจ/กิจการด้านยา ***** - ต้องจดเลขที่ตั้งสถานที่ขออนุญาตในหนังสือรับรองบริษัท 2. บัญชีรายชื่อผู้ถือหุ้นและสำเนาทะเบียนบ้านของหุ้นส่วนทุกคน 3. สำเนาบัตรประชาชนของกรรมการผู้ลงนามแต่งตั้งฯ 4. สำเนาทะเบียนบ้านของกรรมการผู้ลงนามแต่งตั้งฯ 5. หนังสือมอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินกิจการ (พร้อมอากรแสตมป์ 30 บาท)			

หมายเหตุ : ลงนามรับรองสำเนาถูกต้องเอกสารทุกฉบับที่เป็นสำเนา

เอกสารที่ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องเตรียม			
14. คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (แบบ ข.ย.14) *กรอกให้ครบ 3 หน้า*			
15. คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการสำหรับการปฏิบัติการที่ร้านขายยาในจังหวัดสมุทรปราการ			
16. ใบรับรองแพทย์ตัวจริง (ต้องไม่เกิน 1 เดือน) (ระบุโรคต้องห้าม ได้แก่ โรคเรื้อน, วัณโรคในระยะอันตราย, โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม, โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง, โรคพิษสุราเรื้อรัง)			
17. สำเนาทะเบียนบ้าน (พร้อมตัวจริง)			
18. สำเนาบัตรประชาชน (พร้อมตัวจริง)			
19. สำเนาใบประกอบโรคศิลปะของผู้ปฏิบัติการ ทุกคน (พร้อมตัวจริง)			
20. ใบรายงานผลการศึกษาต่อเนื้อหา (CPE)			
เอกสารอื่นๆ อาทิ รูปถ่าย, แผนที่, แผนผัง ของสถานที่ที่ขออนุญาตจำนวน 1 ชุด			
21. แผนผังภายในของสถานที่			
22. แผนที่ตั้งของสถานที่			
23. ภาพลักษณะของอาคารสถานที่ที่ขออนุญาต โดยตัวอาคารสร้างด้วยวัสดุที่มั่นคงแข็งแรง มีความเป็นสัดส่วนจากสิ่งแวดล้อม กรณีเป็นพื้นที่เช่าในอาคารห้างสรรพสินค้า ต้องมีการกำหนดขอบเขต โดยจะต้องมีอย่างน้อยด้านหนึ่งของร้านติดกับผนังอาคาร หรือมีฉากกั้น (Partition) ที่ยึดตรึงกับพื้น ไม่สามารถขยับเขยื้อนได้ง่ายแทนผนัง และจะต้องมีความสูงไม่น้อยกว่า ๒ ม.			
24. ภาพด้านหน้าสถานที่โดยแสดงให้เห็นภาพของ ป้ายชื่อร้าน พร้อมเลขที่บ้าน			
25. ภาพตู้วางยา ด้านซ้าย ของสถานที่ที่ขออนุญาต (เมื่อหันหน้าเข้าสถานที่)			
26. ภาพตู้วางยา ด้านขวา ของสถานที่ที่ขออนุญาต (เมื่อหันหน้าเข้าสถานที่)			
27. ภาพแสดงป้ายบริเวณ “ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร” (สะกดให้ถูกต้องตามแบบฟอร์มนี้) โดยต้องมีพื้นที่ใน ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร และ “บริเวณให้คำปรึกษาด้านยา” ติดต่อกันขนาดไม่น้อยกว่า 8 ตร.ม. โดยความยาวของด้านที่สั้นที่สุดของพื้นที่ต้องไม่น้อยกว่า 2 เมตร			
28. ภาพแสดงการใช้ ม่านหรือวัสดุทึบแสง ปิดบังมิให้เห็นยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ พร้อมแสดงข้อความ “ขณะนี้เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ ไม่สามารถขายยาในบริเวณนี้ได้”			
29. ภาพแสดงป้ายบริเวณ “บริเวณให้คำปรึกษาด้านยา” (สะกดให้ถูกต้องตามแบบฟอร์มนี้) ติดบริเวณโต๊ะพร้อมเก้าอี้ 2 ตัว โดยโต๊ะต้องมีพื้นที่เพียงพอสำหรับวางเอกสาร และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง			
30. ภาพแสดงบริเวณ “จุดให้บริการตนเอง”			
31. ภาพแสดงบริเวณ “พื้นที่เก็บสำรองยา” พร้อมเทอร์โมมิเตอร์ และแสดงแบบบันทึกอุณหภูมิ			
32. ภาพแสดงป้าย “สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน” และป้ายเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ			
33. ภาพแสดงถาดนับยา อย่างน้อย 3 ถาด ในสภาพใช้งานได้ดี โดยแยกเป็น 1. ยากลุ่มเพนนิซิลิน 2. ยากลุ่มทั่วไป 3. ยากลุ่มต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAID) 4. ยากลุ่มซัลโฟนาไมด์ (ถ้ามี) พร้อมทั้งอุปกรณ์นับเม็ดยา (ไม่นับยา/ช้อนตักยา) เป็นการเฉพาะ			
34. ภาพแสดงเครื่องวัดความดันโลหิต ชนิดอัตโนมัติ จำนวน 1 เครื่อง สภาพพร้อมใช้งาน			
35. ภาพแสดงตู้เย็นเก็บยา จำนวน 1 เครื่อง รักษาระดับอุณหภูมิได้ในช่วง 2 – 8 องศาเซลเซียส พร้อมแสดงเทอร์โมมิเตอร์ โดยเก็บเทอร์โมมิเตอร์ในกล่องพลาสติกที่มีฝาปิดมิดชิด และมีแบบบันทึกอุณหภูมิ			
36. ภาพแสดงเครื่องชั่งน้ำหนัก สภาพพร้อมใช้งาน			
37. ภาพแสดงเครื่องวัดส่วนสูง สเกลความสูงอย่างน้อย 180 ซม. และมีความมั่นคงถาวร			
38. ภาพแสดงอุปกรณ์ดับเพลิง ขนาดบรรจุไม่น้อยกว่า ๔ กิโลกรัม จำนวน 1 เครื่อง อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งาน สามารถเข้าถึงง่าย สำหรับสถานบริการไม่เกิน ๒๐๐ ตารางเมตร และติดตั้งสูงจากพื้นไม่เกินกว่า ๑.๕๐ เมตร หรือ กรณีวางกับพื้นต้องหาจุดยึดตรึงให้แข็งแรง			

หมายเหตุ : ลงนามรับรองสำเนาถูกต้องเอกสารทุกฉบับที่เป็นสำเนา

เอกสารอื่นๆ อาทิ รูปถ่าย, แผนที่, แผนผัง ของสถานที่ที่ขออนุญาตจำนวน 1 ชุด			
39. ภาพแสดงของพลาสติก สำหรับ บรรจุยา ที่มีชื่อ ที่อยู่ร้าน เบอร์โทร พร้อมรายละเอียดบนซอง ตามที่มาตรฐานวิชาชีพกำหนดอย่างชัดเจน (วันที่จ่ายยา, ชื่อผู้รับบริการ, ชื่อยาที่เป็นชื่อสามัญทางยา หรือชื่อการค้า, ความแรง, จำนวนจ่าย, ข้อบ่งใช้, วิธีใช้ยา ที่ชัดเจนเข้าใจง่าย , ฉลากช่วย คำแนะนำนำคำ เตือน, ลายมือชื่อเภสัชกร (พร้อมแนบตัวอย่างของจริง ติดมาด้วย)			
40. ภาพแสดงเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ			
41. ภาพแสดงเครื่องปรับอากาศ พร้อมเทอร์โมมิเตอร์ และแบบบันทึกอุณหภูมิ			
42. ภาพแสดงป้าย “ผู้แพ้ยา สตรีมีครรภ์ โรคประจำตัวโปรดแจ้งเภสัชกร” แสดงให้เห็นเด่นชัด			
43. ภาพแสดงป้าย “ห้ามสูบบุหรี่” ตามที่กฎหมายกำหนด ติดแสดงบริเวณหน้าร้าน			
44. ภาพแสดงแบบบัญชีตามที่กฎกระทรวงกำหนด และหนังสือ/ข้อมูลอ้างอิงด้านยา			
45. ภาพบริเวณสำหรับแสดงใบอนุญาตร้านยา และใบประกอบวิชาชีพ ตัวจริง			

หมายเหตุ : ลงนามรับรองสำเนาถูกต้องเอกสารทุกฉบับที่เป็นสำเนา

*** โปรดอ่าน ***

- ในวันที่ท่านนำชุดเอกสารคำขอฯ มายื่น โปรดตรวจสอบเอกสารให้ครบ
- เอกสารที่เป็นสำเนาให้เซ็นรับรองสำเนาให้ครบถ้วน พร้อมตัวจริง และ จัดเรียงเอกสารเป็นลำดับตามตารางข้างต้นให้เรียบร้อย
- หากเอกสารไม่ครบหรือเอกสารที่ต้องแสดงเอกสารตัวจริง ไม่ได้นำมาแสดง เมื่อเจ้าหน้าที่ ตรวจสอบ พบว่า ไม่ครบหรือไม่ถูกต้อง จะส่งคืนให้ท่านกลับไปดำเนินการใหม่

เอกสารคำแนะนำและการขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

ขั้นตอนการขออนุญาตร้านขายยาแผนปัจจุบันของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

๑. รับเอกสารคำขออนุญาต ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือ Download ที่ <https://fdasamutprakan.com/form/drug/> เตรียมพร้อมตามเกณฑ์ Full GPP



๒. จัดเตรียมเอกสาร คำขออนุญาตและกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน



๓. ตรวจสอบการตั้งชื่อ สถานที่ (ชื่อร้าน) กับเจ้าหน้าที่ก่อนการจัดทำป้ายชื่อร้าน



ผ่าน ⇒ จัดเตรียมสถานที่ และป้ายต่างๆ ให้เรียบร้อย

๔. ยื่นเอกสาร ที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฯ หากพบว่าเอกสารไม่ครบถ้วน จนท. จะคืนคำขอ ขั้นตอนนี้มีค่าพิจารณาคำขอตาม ม.๔๔ ๕๐๐ บาท



(๑ สัปดาห์ +)

๕. นัดวันตรวจสอบสถานที่ ในวันที่เข้าตรวจสอบร้าน ให้ผู้ที่รับการตรวจ ได้แก่ ผู้ขออนุญาต และ เกสซ์กรผู้มีหน้าที่และพนักงานร้าน



(ภายใน ๓๐ วัน ตามรอบการประชุมของคณะกรรมการ)

๖. การสอบสัมภาษณ์ ให้ผู้ขออนุญาตและเกสซ์กร มารับการสอบสัมภาษณ์ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฯ ซึ่งมีรอบระยะเวลาการนัด เดือนละ ๑ ครั้ง ในช่วงปลายเดือน



๗ วัน

๗. รับใบอนุญาต หากผ่านการสัมภาษณ์ โดยไม่มีเงื่อนไขการแก้ไขหรือปรับปรุง เจ้าหน้าที่จะเสนอเรื่องการขออนุญาตให้ผู้มีอำนาจอนุญาตลงนาม การรับใบอนุญาต ผู้ขออนุญาตสามารถโทรศัพท์มาตรวจสอบได้ภายใน ๗ วันหลังวันสัมภาษณ์ หากใบอนุญาตเสร็จแล้ว ขอให้ผู้ขอรับใบอนุญาตมารับ ใบอนุญาตด้วยตนเองพร้อมชำระเงินค่าใบอนุญาตสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ๒,๐๐๐ บาท จากนั้นจึงสามารถวางยาบนชั้น และดำเนินการขายยา รวมถึงสามารถยื่นคำขอตรวจประเมิน GPP เพื่อใช้ต่ออายุใบอนุญาตประจำปีต่อไป



หลังเปิดบริการ

๘. การตรวจเฝ้าระวัง ในแต่ละปี จะมีพนักงานเจ้าหน้าที่ไปตรวจร้านที่ขอใหม่ อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง โดยไม่มีการแจ้งล่วงหน้า หากพบการกระทำการฝ่าฝืนพรบ.ยา จนท.จะดำเนินการส่งให้คณะกรรมการพิจารณาทางคดี ดำเนินการพิจารณาความผิดต่อผู้รับอนุญาตและต่อเกสซ์กร ตามที่ได้เซ็นหนังสือยินยอมให้ดำเนินการตามที่ได้ลงนามไว้ ต่อหน้าคณะกรรมการอนุญาตฯ เสนอสภาเกสซ์กรต่อไป และร้านที่ผ่าน GPP. จะต้องได้รับการตรวจประเมิน GPP ภายใน ๒ ปี ก่อนต่ออายุใบอนุญาตใหม่



๙. การต่ออายุ ผู้รับอนุญาตจะต้องยื่นเอกสารก่อนวันที่ ๓๑ ธันวาคมของทุกปี โดยเจ้าหน้าที่จะส่งหนังสือราชการแจ้งรายละเอียดพร้อมเอกสารแบบฟอร์มไปยังที่อยู่ตามใบอนุญาต

* ในวันที่มาต่ออายุ ผู้รับอนุญาตและเกสซ์กร ต้องมาแสดงตนต่อพนักงานเจ้าหน้าที่

คำแนะนำการขออนุญาตสถานที่ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา

➤ ข้อกำหนดที่ควรคำนึงเกี่ยวกับการตั้งชื่อร้าน

พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537

มาตรา 29 ห้ามมิให้ผู้ใดใช้คำหรือข้อความด้วยอักษรไทยหรืออักษรต่างประเทศว่า เภสัชกร เภสัชกรหญิง แพทย์ปรุงยา หรือใช้อักษรย่อของคำดังกล่าว หรือใช้คำแสดงวุฒิการศึกษาทางเภสัชศาสตร์ หรือใช้อักษรย่อของวุฒิดังกล่าว ประกอบกับชื่อหรือชื่อสกุลของตน หรือใช้คำหรือข้อความอื่นใดที่มีความหมายเช่นเดียวกัน หรือแสดงด้วยวิธีใด ๆ ซึ่งทำให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ทั้งนี้รวมถึงการใช้ จ้าง วาน หรือยินยอมให้ผู้อื่นกระทำการดังกล่าวให้แก่ตน เว้นแต่ผู้ได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรในวิชาเภสัชศาสตร์

มาตรา 30 ห้ามมิให้ผู้ใดใช้คำหรือข้อความที่แสดงให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตนเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ ในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม สาขาต่าง ๆ ทั้งนี้ รวมถึงการใช้ จ้าง วาน หรือยินยอมให้ผู้อื่นกระทำการดังกล่าวให้แก่ตน เว้นแต่ผู้ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรว่าเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมสาขานั้น ๆ จากสภาเภสัชกรรมหรือที่สภาเภสัชกรรมรับรองหรือผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมผู้มีความรู้ความชำนาญตามที่กำหนด ในข้อบังคับสภาเภสัชกรรม

มาตรา 51 ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 29 หรือมาตรา 30 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

➤ ห้ามจำหน่ายแอลกอฮอล์ในร้านขายยา

พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

มาตรา 27 ห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่หรือบริเวณดังต่อไปนี้

(2) สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และร้านขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยา

มาตรา 39 ผู้ใดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยฝ่าฝืนมาตรา 27 หรือมาตรา 28 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

➤ การจัดเตรียมสถานที่ขายยา

- สถานที่ขออนุญาตต้องก่อสร้างด้วยวัสดุแข็งแรง มั่นคง เป็นสัดส่วนชัดเจน ระบบถ่ายเท แสงสว่างเพียงพอ ไม่เลี้ยงสัตว์ และสะอาด
- ส่วนให้บริการโดยเภสัชกรและบริเวณให้คำปรึกษาด้านยา มีพื้นที่รวมกันไม่น้อยกว่า 8 ตร.ม.
- มีตู้ และชั้นวางยาจำนวนเพียงพอพร้อมทั้งมีป้ายแสดงประเภทกลุ่มยา ควบคุมอุณหภูมิไม่เกิน 30 °c แดดไม่ส่องถึงผลิตภัณฑ์
- มีม่านปิดส่วนให้บริการโดยเภสัชกร มีข้อความแจ้งให้ทราบว่าเภสัชไม่อยู่
- มีโต๊ะให้คำปรึกษาเป็นสัดส่วน เก้าอี้ 2 ตัว พร้อมป้ายแสดงชัดเจน
- มีป้ายแสดงสัญลักษณ์ที่กำหนดอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และติดบริเวณที่ผู้รับบริการเห็นได้ชัดเจน สามารถมองเห็นจากภายนอก

	สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน (พื้นป้ายสีน้ำเงิน)	สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน บรรจุเสร็จสำหรับสัตว์ (พื้นป้ายสีแดง)	สถานที่ขายยาแผนโบราณ (พื้นป้ายสีเขียว)
ป้ายสถานที่ขายยา ทำจากพลาสติกแข็ง ขนาดไม่น้อยกว่า 20x70 ซม. ตัวอักษรสีขาว ขนาดไม่น้อยกว่า 3 ซม.	(ตัวอย่าง ป้ายสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน) <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> </div>		
ป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ทำจากพลาสติกแข็ง พื้นสีน้ำเงิน ขนาดไม่น้อยกว่า 20x70 ซม. ตัวอักษรสีขาว ขนาดไม่น้อยกว่า 3 ซม. - ระบุชื่อ นาย/นางสาว/นาง และนามสกุล ตามด้วย ภ.บ. - เวลาปฏิบัติการ xx.xx - xx.xx น. - ภาพถ่ายหน้าตรงเภสัชกร รูปสี่ หน้าตรง ถ่ายไว้ไม่เกิน 5 ปี ขนาด 4 x 6 นิ้ว (10 x 15 เซนติเมตร) - เลขใบประกอบวิชาชีพ ภ. Xxxxx	<div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> </div>		

<p>กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข เลขรับ วัน เดือน ปี..... นัดตรวจ..... ลงชื่อผู้รับ.....</p>
--

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

เรื่อง ขออนุญาต.....

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสมุทรปราการ

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ยื่นขออนุญาตตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ.๒๕๑๐ ของสถานประกอบการ ประเภท ผลิต ขาย นำส่งฯ
ยาแผน.....ชื่อ.....ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....
ถนน.....ซอย.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัดสมุทรปราการ โทรศัพท์.....โดยมีผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการชื่อ.....
ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะเลขที่.....แผน.....สาขา.....
ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

() ขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน ประเภท.....

() รายการที่ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง.....

.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยื่นคำขออนุญาต

๑) เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสมุทรปราการ

- () เห็นควรอนุญาตตามพระราชบัญญัติ.....
 - () เห็นควรส่งเรื่องให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาดำเนินการต่อไป
 - () เห็นควรตรวจสอบสถานที่ ในวันที่.....
- โดย. ๑.....
- ๒.....
- ๓.....

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

ผู้ดำเนินการ

.....
.....

๒) เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสมุทรปราการ

ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว

- ตาม () พระราชบัญญัติ..... มาตรการที่.....
- () หนังสือมอบอำนาจของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่ ๑๑๒/๒๕๔๗ ประกอบกับ คำสั่งจังหวัดสมุทรปราการ ที่ ๘๔๐๘/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๓ การมอบอำนาจของผู้ว่าราชการจังหวัดสมุทรปราการ ให้แก่หัวหน้าส่วนราชการ ข้อ ๒.๒.๓ เห็นควร.....

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

ผู้ดำเนินการ

.....
.....

.....
.....

ที่ปิดรูปถ่าย
ผู้รับอนุญาต
ขนาด ๓ x ๔ ซม.

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อ ผู้ยื่นคำขอ

คำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

(ชื่อผู้ขออนุญาต)

มีผู้ดำเนินการ ชื่อ..... (เฉพาะกรณีนิติบุคคล)

เลขที่บัตรประชาชน อายุ.....ปี สัญชาติ.....

อยู่เลขที่.....ตรอก / ซอย.....ถนน.....

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

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

E-mail

ขอรับใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันโดยมีสถานที่ขายยาชื่อ.....

อยู่เลขที่.....ตรอก / ซอย.....ถนน.....

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

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

ลักษณะการประกอบการ ^(๑)

- ขายปลีก
 ขายส่ง
 ปริญญาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย (เฉพาะขายปลีกเท่านั้น)

^(๑) ให้ตอบมากกว่า ๑ ข้อ ในกรณีมีลักษณะการประกอบการมากกว่าหนึ่งลักษณะโดยการตอบจะมีผลต่อการประเมินความพร้อมของสถานที่ อุปกรณ์ และการดำเนินการตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน เพื่อประกอบการอนุญาต

โดยมีเกสัชกรชั้น ชื่อ.....

เลขที่บัตรประชาชน

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเกสัชกรรมเลขที่

(ถ้ามีมากกว่าหนึ่งคนให้แจ้งเพิ่มเติมท้ายคำขอนี้จนครบ)

เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา ๓๙ หรือมาตรา ๔๐ แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

เวลาทำการ (เวลาปฏิบัติการ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าในระยะเวลาสองปีก่อนยื่นคำขอนี้ ข้าพเจ้าไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งที่ชอด้วยกฎหมายให้จำคุกในความผิดที่กฎหมายบัญญัติ ให้ถือเอาการกระทำโดยทุจริตเป็นองค์ประกอบหรือในความผิดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ กฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท กฎหมายว่าด้วยการขายยาหรือพระราชบัญญัตินี้

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

- (๑) รูปถ่ายของผู้ขออนุญาต ขนาด ๓ x ๔ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป
- (๒) เอกสารแสดงการเป็นเจ้าของกิจการและหลักทรัพย์
- (๓) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต (กรณีบุคคลธรรมดาเป็นผู้ขออนุญาต) หรือ ผู้ดำเนินกิจการ (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)
- (๔) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับรองว่าผู้ขออนุญาตไม่เป็นโรคตามมาตรา ๑๔ (๖) แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐
- (๕) สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและเกสัชกร ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต
- (๖) สำเนาหรือรูปถ่ายใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเกสัชกรรมของเกสัชกรทุกคน ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต
- (๗) เอกสารแสดงว่าเป็นผู้ดำเนินกิจการ (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)
- (๘) เอกสารอื่น ๆ ถ้าจำเป็น

(ลายมือชื่อ).....ผู้ขออนุญาต

(.....ตัวบรรจง)

สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

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

สัญญาเลขที่.....ในนามของ.....
เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....
จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า **“ผู้รับอนุญาต”** ฝ่ายหนึ่งกับ

- () การบำบัดโรคสัตว์
ผู้ประกอบ () โรคศิลปะ แผน..... สาขา.....
() วิชาชีพเภสัชกรรม

ชั้น.....ใบอนุญาตเลขที่..... ซึ่งต่อไปในสัญญาเรียกว่า **“ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ”** อีกฝ่ายหนึ่ง
ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำสัญญานี้เพื่อปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.๒๕๑๐ ร่วมกัน โดยมีข้อความดังต่อไปนี้

๑. ผู้รับอนุญาตยินยอมและตกลงให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเข้าปฏิบัติหน้าที่ ณ
ของผู้รับอนุญาต เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.๒๕๑๐ ตั้งแต่วันที่ทำสัญญาเป็นต้นไป

๒. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการยินยอมรับปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ ในหน้าที่ที่กำหนดไว้ตามข้อ ๑.
ของสัญญานี้ทุกประการ

๓. ผู้รับอนุญาตยินยอมจ่ายเงินค่าทดแทนเป็นรายเดือนให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เดือนละ.....บาท
(.....) ภายในวันสิ้นเดือนปฏิทินทุก ๆ เดือน

๔. หนังสือสัญญานี้มีอายุสัญญา จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.

๕. หากคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดบอกเลิกสัญญานี้ก่อนครบกำหนดตามข้อ ๔ ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้อีกฝ่ายหนึ่ง
ทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า.....วัน และต้องแจ้งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการทราบตามกฎหมายด้วย

๖. หากต้องมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทำอยู่ เพื่อให้การปฏิบัติการได้เป็นไป
โดยถูกต้องตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.๒๕๑๐ และกฎกระทรวงซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าว ผู้รับอนุญาตยินยอม
ปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกประการ

๗. ภาษีเงินได้ที่จะต้องเสียตามกฎหมายผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตกลงกันว่า.....เป็นผู้เสีย

๘. หากปรากฏว่าคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใด ไม่ปฏิบัติตามสัญญานี้แม้แต่ข้อหนึ่งข้อใด สัญญานี้เป็นอันยกเลิกทันที
โดยคู่สัญญาไม่ต้องปฏิบัติตามข้อ ๕ และคู่สัญญามีสิทธิที่จะฟ้องเรียกค่าเสียหายได้ตามกฎหมาย หากมีการฟ้องร้องกันขึ้นทั้งสอง
ฝ่ายตกลงกันว่า ฝ่ายหนึ่งที่ผิดสัญญาจะต้องเป็นผู้ชดใช้ค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้อง เช่น ค่าทนาย และ ค่าธรรมเนียมศาลหรืออื่น ๆ เป็น
ต้น

๙. สัญญานี้ทำขึ้นเป็นสามฉบับมีข้อความตรงกัน คู่สัญญาต่างยึดถือไว้คนละหนึ่งฉบับและมอบให้สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดสมุทรปราการ เก็บไว้เป็นหลักฐานหนึ่งฉบับ

คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายต่างเข้าใจข้อความในสัญญานี้ดีแล้ว จึงได้ลงชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ขออนุญาต

(ลงชื่อ).....ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

(ลงชื่อ).....พยาน

สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
ตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐

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

สัญญาระหว่าง.....ในนามของ.....
เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....
จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “ผู้รับอนุญาต” ฝ่ายหนึ่งกับ

- () การบำบัดโรคสัตว์
ผู้ประกอบ () โรคศิลปะ แผน..... สาขา.....
() วิชาชีพเกษตรกรรม

ชั้น.....ใบอนุญาตเลขที่..... ซึ่งต่อไปในสัญญาเรียกว่า “ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ” อีกฝ่ายหนึ่ง
ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำสัญญานี้เพื่อปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ.๒๕๑๐ ร่วมกัน โดยมีข้อความดังต่อไปนี้

๑. ผู้รับอนุญาตยินยอมและตกลงให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเข้าปฏิบัติหน้าที่ ณ
ของผู้รับอนุญาต เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ.๒๕๑๐ ตั้งแต่วันที่ทำสัญญานี้เป็นต้นไป
๒. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการยินยอมรับปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐ ในหน้าที่ที่กำหนดไว้ตามข้อ ๑.
ของสัญญานี้ทุกประการ
๓. ผู้รับอนุญาตยินยอมจ่ายเงินค่าทดแทนเป็นรายเดือนให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เดือนละ.....บาท
(.....) ภายในวันสิ้นเดือนปฏิทินทุก ๆ เดือน

๔. หนังสือสัญญานี้มีอายุสัญญา จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.
๕. หากคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดบอกเลิกสัญญานี้ก่อนครบกำหนดตามข้อ ๔ ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้อีกฝ่ายหนึ่ง
ทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า.....วัน และต้องแจ้งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการทราบตามกฎหมายด้วย
๖. หากต้องมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทำอยู่ เพื่อให้การปฏิบัติการได้เป็นไป
โดยถูกต้องตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ.๒๕๑๐ และกฎกระทรวงซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติฯฉบับดังกล่าว ผู้รับอนุญาตยินยอม
ปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกประการ
๗. ภาษีเงินได้ที่จะต้องเสียตามกฎหมายผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตกลงกันว่า.....เป็นผู้เสีย
๘. หากปรากฏว่าคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใด ไม่ปฏิบัติตามสัญญานี้แม้แต่ข้อหนึ่งข้อใด สัญญานี้เป็นอันยกเลิกทันที
โดยคู่สัญญาไม่ต้องปฏิบัติตามข้อ ๕ และคู่สัญญามีสิทธิที่จะฟ้องเรียกค่าเสียหายได้ตามกฎหมาย หากมีการฟ้องร้องกันขึ้นทั้งสอง
ฝ่ายตกลงกันว่า ฝ่ายหนึ่งที่เกิดสัญญาจะต้องเป็นผู้ชดใช้ค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้อง เช่น ค่าทนาย และ ค่าธรรมเนียมศาลหรืออื่น ๆ เป็น
ต้น

๙. สัญญานี้ทำขึ้นเป็นสามฉบับมีข้อความตรงกัน คู่สัญญาต่างยึดถือไว้คนละหนึ่งฉบับและมอบให้สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดสมุทรปราการ เก็บไว้เป็นหลักฐานหนึ่งฉบับ

คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายต่างเข้าใจข้อความในสัญญานี้ดีแล้ว จึงได้ลงชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้อนุญาต
(ลงชื่อ).....ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
(ลงชื่อ).....พยาน

สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
ตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐

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

สัญญาระหว่าง.....ในนามของ.....
เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....
จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “ผู้รับอนุญาต” ฝ่ายหนึ่งกับ

- () การบำบัดโรคสัตว์
ผู้ประกอบ () โรคศิลปะ แผน..... สาขา.....
() วิชาชีพเภสัชกรรม

ชั้น.....ใบอนุญาตเลขที่..... ซึ่งต่อไปในสัญญาเรียกว่า “ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ” อีกฝ่ายหนึ่ง
ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำสัญญานี้เพื่อปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ.๒๕๑๐ ร่วมกัน โดยมีข้อความดังต่อไปนี้

๑. ผู้รับอนุญาตยินยอมและตกลงให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเข้าปฏิบัติหน้าที่ ณ
ของผู้รับอนุญาต เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ.๒๕๑๐ ตั้งแต่วันที่ทำสัญญานี้เป็นต้นไป
๒. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการยินยอมรับปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐ ในหน้าที่ที่กำหนดไว้ตามข้อ ๑.
ของสัญญานี้ทุกประการ
๓. ผู้รับอนุญาตยินยอมจ่ายเงินค่าทดแทนเป็นรายเดือนให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เดือนละ.....บาท
(.....) ภายในวันสิ้นเดือนปฏิทินทุก ๆ เดือน
๔. หนังสือสัญญานี้มีอายุสัญญา จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.
๕. หากคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดบอกเลิกสัญญานี้ก่อนครบกำหนดตามข้อ ๔ ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้อีกฝ่ายหนึ่ง
ทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า.....วัน และต้องแจ้งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการทราบตามกฎหมายด้วย
๖. หากต้องมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทำอยู่ เพื่อให้การปฏิบัติการได้เป็นไป
โดยถูกต้องตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ.๒๕๑๐ และกฎกระทรวงซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติฯฉบับดังกล่าว ผู้รับอนุญาตยินยอม
ปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกประการ
๗. ภาษีเงินได้ที่จะต้องเสียตามกฎหมายผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตกลงกันว่า.....เป็นผู้เสีย
๘. หากปรากฏว่าคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใด ไม่ปฏิบัติตามสัญญานี้แม้แต่ข้อหนึ่งข้อใด สัญญานี้เป็นอันยกเลิกทันที
โดยคู่สัญญาไม่ต้องปฏิบัติตามข้อ ๕ และคู่สัญญามีสิทธิที่จะฟ้องเรียกค่าเสียหายได้ตามกฎหมาย หากมีการฟ้องร้องกันขึ้นทั้งสอง
ฝ่ายตกลงกันว่า ฝ่ายหนึ่งที่เกิดสัญญาจะต้องเป็นผู้ชดใช้ค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้อง เช่น ค่าทนาย และ ค่าธรรมเนียมศาลหรืออื่น ๆ เป็น
ต้น

๙. สัญญานี้ทำขึ้นเป็นสามฉบับมีข้อความตรงกัน คู่สัญญาต่างยึดถือไว้คนละหนึ่งฉบับและมอบให้สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดสมุทรปราการ เก็บไว้เป็นหลักฐานหนึ่งฉบับ

คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายต่างเข้าใจข้อความในสัญญานี้ดีแล้ว จึงได้ลงชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้อนุญาต
(ลงชื่อ).....ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
(ลงชื่อ).....พยาน

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 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 (ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด)

(๔) เอกสารอื่น ๆ (ถ้าจำเป็น)

ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

กรณีการขอใบอนุญาตใหม่ ให้ทำคำรับรองนี้ต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ให้คำรับรอง

(ลายมือชื่อ)..... พนักงานเจ้าหน้าที่

คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน

เพื่อเป็นหลักฐานประกอบคำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในการเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในร้านขายยา
ตามกฎหมายกระทรวงการอนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน 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 ข้าพเจ้าไม่ได้รับราชการหรือ
ทำงานประจำที่ใด ทั้งนี้ ข้าพเจ้าทราบว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อ
เจ้าพนักงาน
ลงชื่อ.....
(.....)
เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการสำหรับการปฏิบัติการที่ร้านขายยาในจังหวัดสมุทรปราการ

เขียนที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
วันที่..... เดือน..... พ.ศ....๒๕๖๔..

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี สัญชาติ.....
เลขประจำตัวบัตรประชาชนอยู่เลขที่..... ซอย.....
ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ.....
จังหวัด..... โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้า ขอให้คำรับรอง ต่อพนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการว่า

(๑) ข้าพเจ้าเป็น () ผู้ประกอบโรคศิลปะแผน [ปัจจุบัน โบราณ] ชั้นหนึ่ง สาขา.....
ใบอนุญาตเลขที่..... ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(๒) ข้าพเจ้าจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำ ณ สถานที่ () ผลิต () ขาย () นำหรือสั่ง
ยาแผน [ปัจจุบัน..... โบราณ] ชื่อ.....อยู่เลขที่..... หมู่ที่.....
ซอย..... ถนน..... ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

**โดยข้าพเจ้าจะอยู่ตลอดเวลาที่เปิดทำการ (เวลาเปิดทำการจำหน่ายของร้าน) ข้าพเจ้าทราบดีว่า หากข้าพเจ้าไม่มา
ปฏิบัติหน้าที่และ/หรือ พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจพบว่า ข้าพเจ้าไม่อยู่ในเวลาดังกล่าว ข้าพเจ้ายินดีให้ดำเนินการตาม
พระราชบัญญัติยา และยินดีให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ส่งชื่อของข้าพเจ้าให้ “สภาเภสัชกรรมแห่ง
ประเทศไทย” ดำเนินการพิจารณาความผิดทางวิชาชีพต่อไป**

ข้าพเจ้ารับทราบเข้าใจและยินยอมปฏิบัติตามคำรับรองนี้โดยเคร่งครัด
(ลายมือชื่อ)..... ผู้ให้คำรับรอง
(.....)

โปรดลงลายมือชื่อต่อหน้าคณะกรรมการพิจารณาอนุญาตด้านยา
(ลายมือชื่อ)..... ผู้รับอนุญาต
(.....)

(ลายมือชื่อ)..... พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

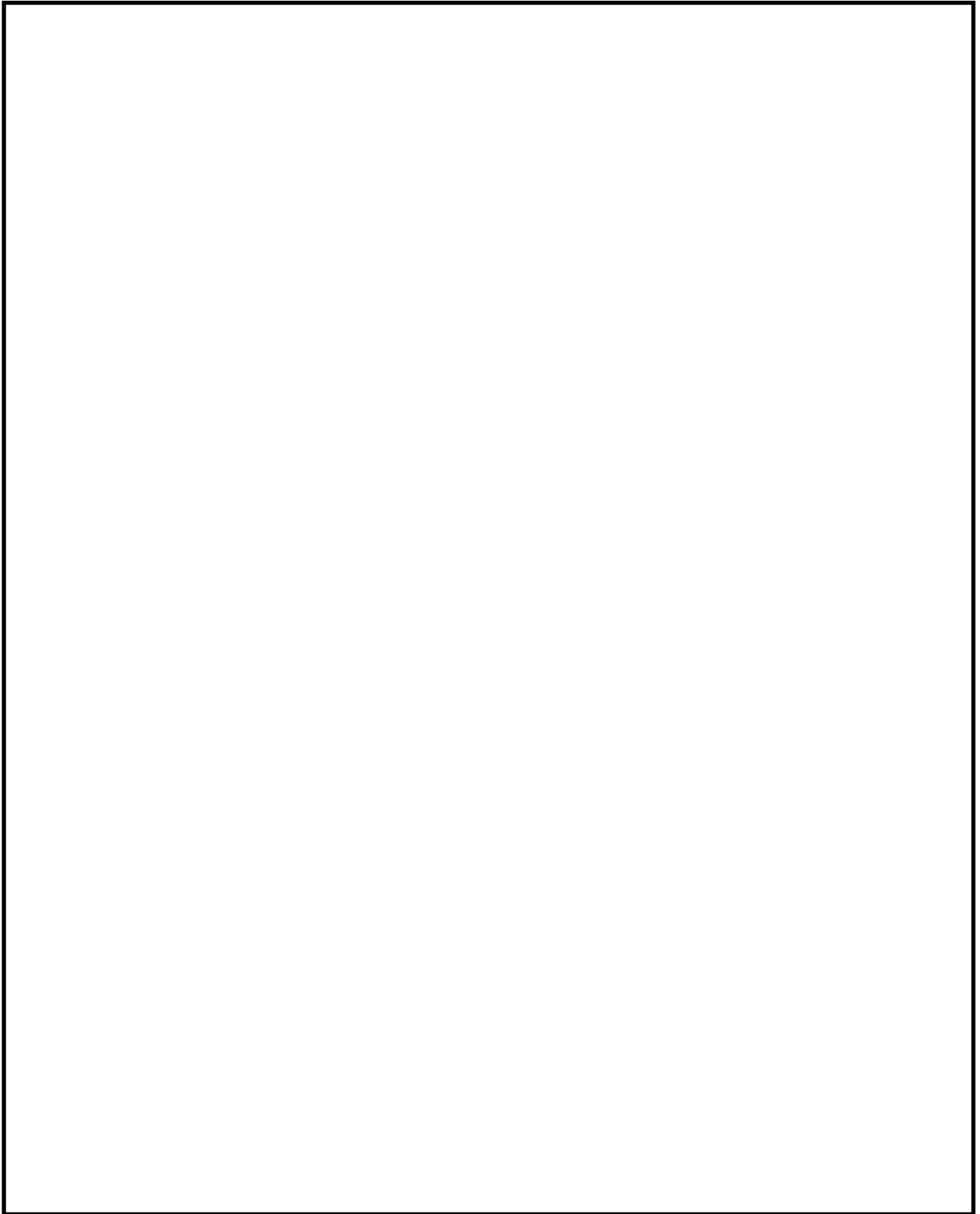
แผนผังภายในของสถานที่.....
.....

พื้นที่ ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร.....m.x.....m.=.....m²
พื้นที่ โดยรวมของร้าน.....m.x.....m.=.....m²

อัตราส่วนของภาพ.....cm:.....m

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

แผนที่ตั้งของสถานที่.....
.....



หมายเหตุ จาก สสจ. ไปยัง ร้านยา

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

1. ภาพลักษณะของอาคารที่ขออนุญาต

➤ ถ่ายภาพมุมกว้าง ให้เห็นภาพรวมอาคาร

2. บริเวณด้านหน้าร้านขายยา (ให้เห็นป้ายชื่อสถานที่ และเลขที่ของสถานที่)

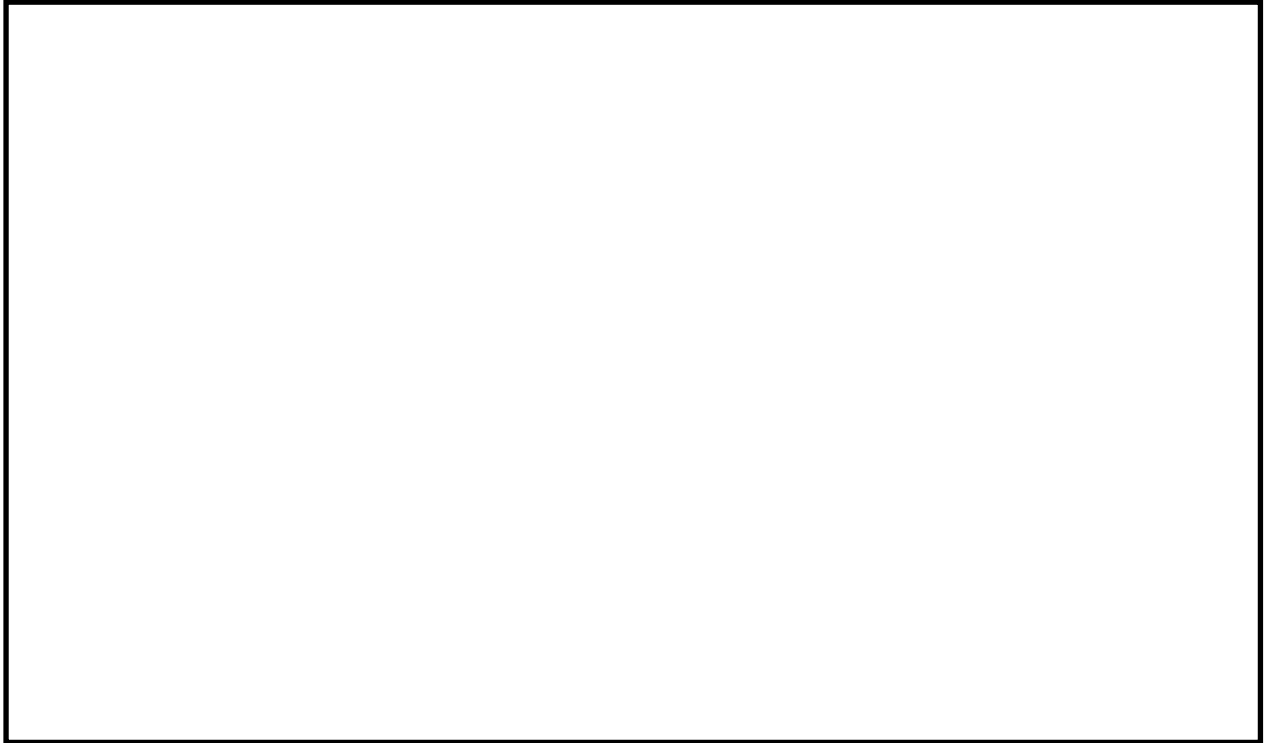
➤ ถ่ายรูปบริเวณหน้าร้าน ให้เห็นป้ายชื่อร้าน พร้อมทั้งเลขที่ตั้ง
Logo ร้าน ห้ามใช้เครื่องหมายกากบาทสีแดงบนพื้นสีขาว (สภากาชาด) และกากบาทสีเขียว (โรงพยาบาล)

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

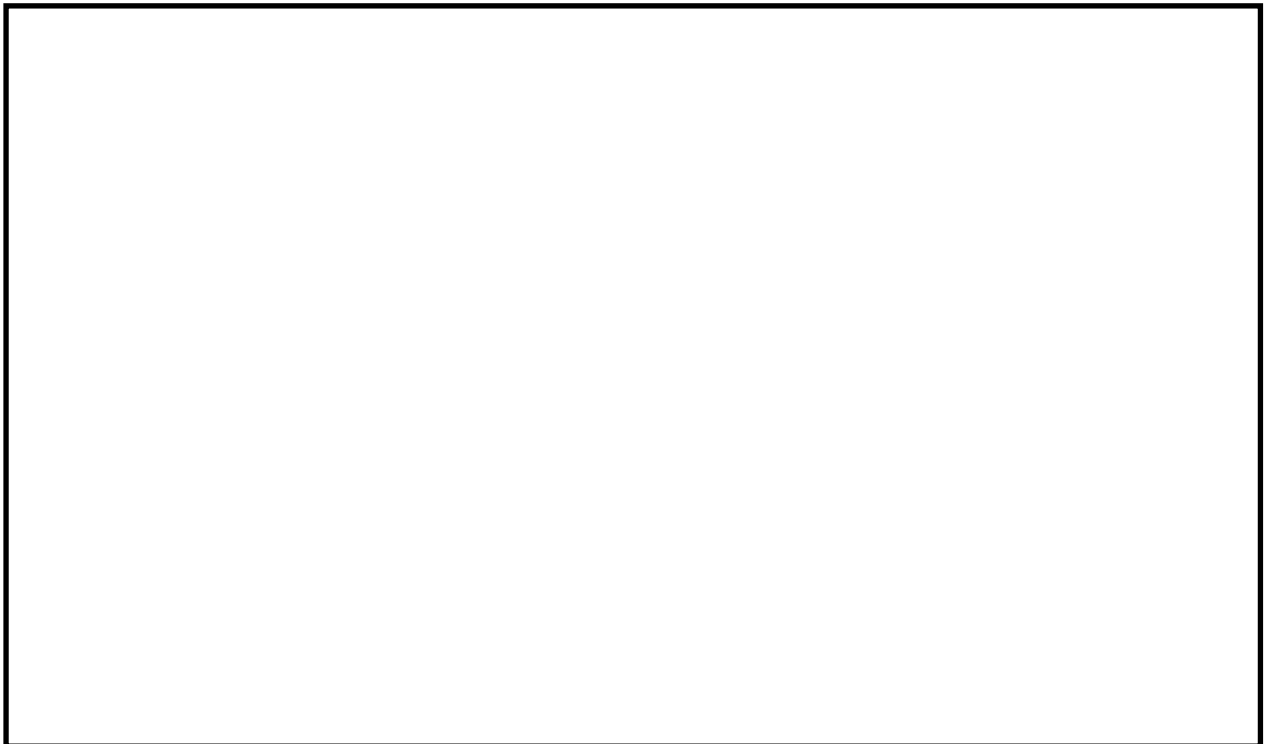
ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

3. ตู่วางยาต้านซ้ายของร้านขายยา (ถ่ายจากหน้าร้านให้เห็นจุดที่มีการจำหน่ายยาต้านซ้าย)



4. ตู่วางยาต้านขวาของร้านขายยา (ถ่ายจากหน้าร้านให้เห็นจุดที่มีการจำหน่ายยาต้านขวา)



ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

5. บริเวณ “ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร” โดยเปิดมาขึ้น

- ถ่ายรูปบริเวณตู้ยาในส่วนให้บริการโดยเภสัชกร ให้เห็นครบทุกตู้ที่มีการจัดวางยา โดยนำมาปิดบัง เปิดขึ้น
- มีป้ายระบุ “ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร” (สะกดตามฟอร์มนี้)

6. การใช้ม่าน หรือวัสดุทึบ สำหรับใช้ปิดบังบริเวณ “ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร” พร้อมแสดงข้อความ “ขณะนี้เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ ไม่สามารถขายยาในบริเวณนี้ได้”

- ดึงม่าน ปิดบังส่วนตู้ยาทั้งหมด

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

7. บริเวณ “บริเวณให้คำปรึกษาด้านยา” (โต๊ะพร้อมเก้าอี้ ๒ ตัว)

- โต๊ะให้คำปรึกษามีขนาดที่เหมาะสมกับการให้คำปรึกษาแนะนำ มีเก้าอี้นั่ง ๒ ตัว
- มีป้ายระบุ “บริเวณให้คำปรึกษาด้านยา” (สะกดตามฟอร์มนี้)

8. บริเวณ “จุดให้บริการตนเอง”

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

9. บริเวณ “พื้นที่เก็บสำรองยา” พร้อมเทอร์โมมิเตอร์ และมีแบบบันทึกอุณหภูมิ

- มีป้ายระบุ “พื้นที่เก็บสำรองยา” (สะกดตามฟอร์มนี้)
- ห้ามวางยากับพื้นโดยตรง

10. ป้ายแสดง “สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน” และป้ายเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

11. ภาคนับเม็ดยา อย่างน้อย 3 ภาคน

➤ ภาคนับเม็ดยา อย่างน้อย 3 ภาคน

ติดป้ายระบุ ที่ฝาภาคนับเม็ดยา และด้ามจับเม็ดยา (ด้านเล็ก) ใช้ตัวพิมพ์ที่สามารถอ่านออกได้ชัดเจน และติดไม่ให้หลุดลอก หรือชำรุดได้ง่าย

- “ กลุ่มยาเพนนิซิลิน ”
- “ กลุ่มยา NSAID ”
- “ กลุ่มยาทั่วไป ”
- “ ยากลุ่มซัลโฟนาไมด์ ” (ถ้ามี)

12. เครื่องวัดความดันโลหิต (ชนิดอัตโนมัติ)

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

13. ตู้เย็น พร้อมเทอร์โมมิเตอร์ในกล่องพลาสติกที่มีฝาปิดมิดชิด และมีแบบบันทึกอุณหภูมิ

➤ จัดให้มีเทอร์โมมิเตอร์ติดตั้งภายในตู้เย็น โดยเก็บเทอร์โมมิเตอร์ในกล่องพลาสติกที่มีฝาปิดมิดชิด และมีแบบบันทึกอุณหภูมิ ซึ่งแนะนำให้ควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ระหว่าง 2-8 °c

14. เครื่องชั่งน้ำหนัก

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

15. ที่วัดส่วนสูง

➤ ที่วัดส่วนสูงควรมีสเกลวัดได้ อย่างน้อย 180 เซนติเมตร

16. อุปกรณ์สำหรับดับเพลิง

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

17. รูปของบรรจุยาทุกชนิด และฉลากยาที่มีชื่อร้าน ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ (ติดซองจริงมาด้วย)

ซองยา มีการระบุข้อมูลบนซองยาครบถ้วน ดังนี้

- ชื่อร้าน ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์
- วันที่จ่ายยา
- ชื่อผู้รับบริการ
- ชื่อยา (ชื่อสามัญ หรือชื่อการค้า)
- ความแรง
- จำนวนจ่าย
- ขอบงไข
- วิธีใช้ยาที่ชัดเจน เขาใจง่าย
- ฉลากช่วย
- ลายมือชื่อเภสัชกร

18. เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

19. เครื่องปรับอากาศ พร้อมเทอร์โมมิเตอร์ และมีแบบบันทึกอุณหภูมิ

➤ ถ่ายรูปให้เห็นภาพรวมถึงบริเวณที่จัดวางเครื่องปรับอากาศ ควรมีเครื่องวัดอุณหภูมิ พร้อมทั้งแบบบันทึกอุณหภูมิ โดยควบคุมอุณหภูมิให้ไม่เกิน 30 องศาเซลเซียส

20. รูปแสดงป้ายคำเตือน “ผู้แพ้ยา สตรีมีครรภ์ โรคประจำตัว โปรดแจ้งเภสัชกร”

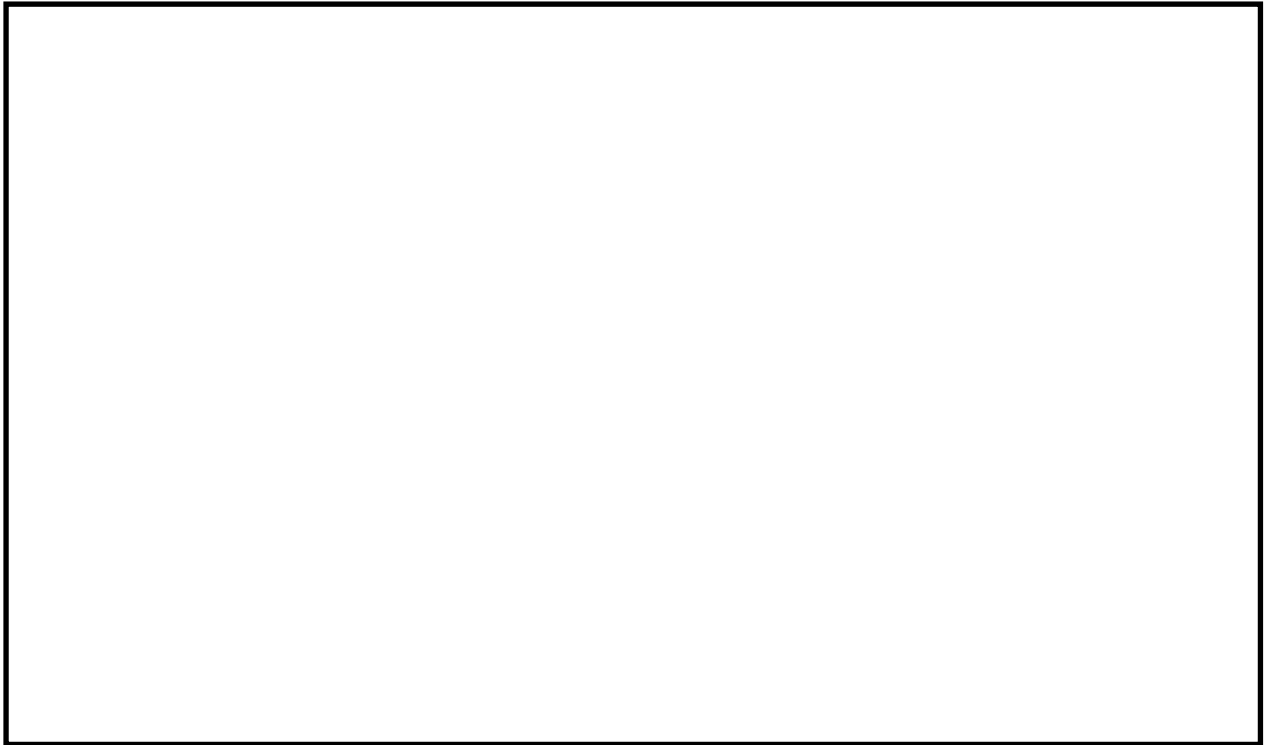
ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ลงชื่อ.....

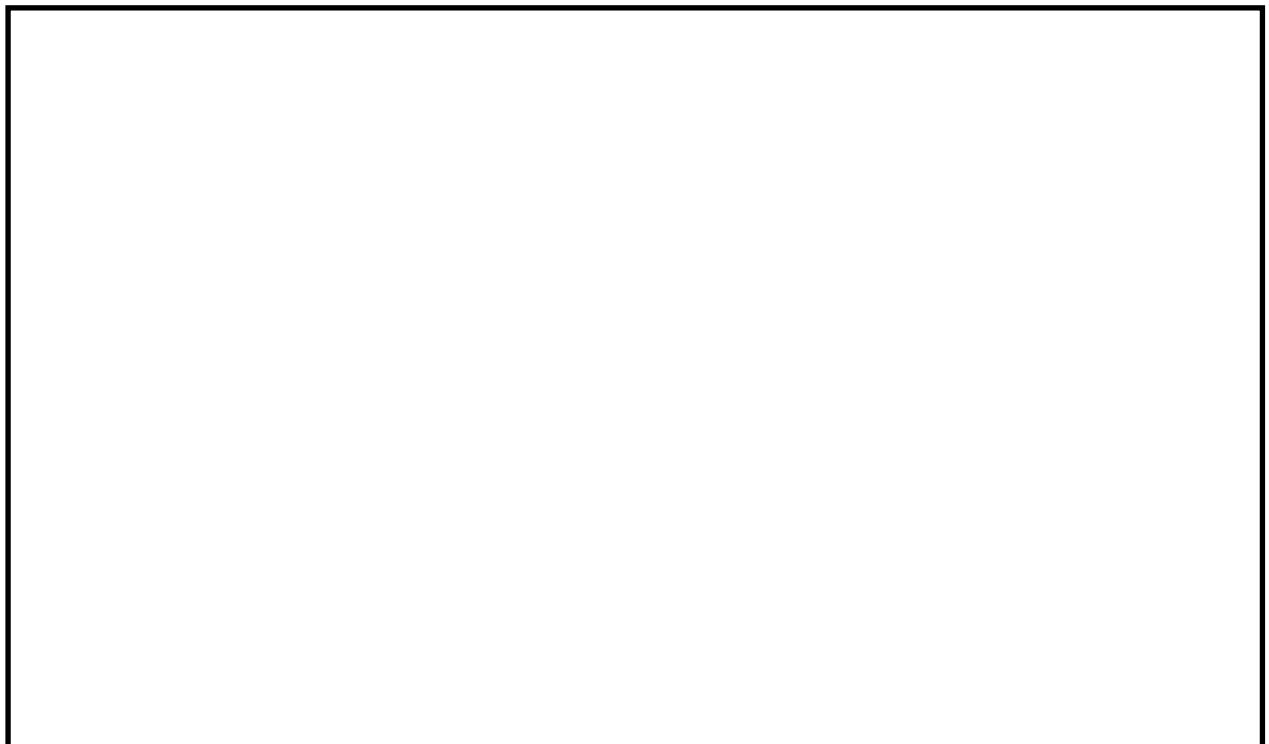
ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

21. ป้ายเตือน “ห้ามสูบบุหรี่”



22. รูปถ่ายแบบบัญชีต่างๆ ตามที่กฎกระทรวงกำหนด และหนังสือ/ข้อมูลอ้างอิงด้านยา

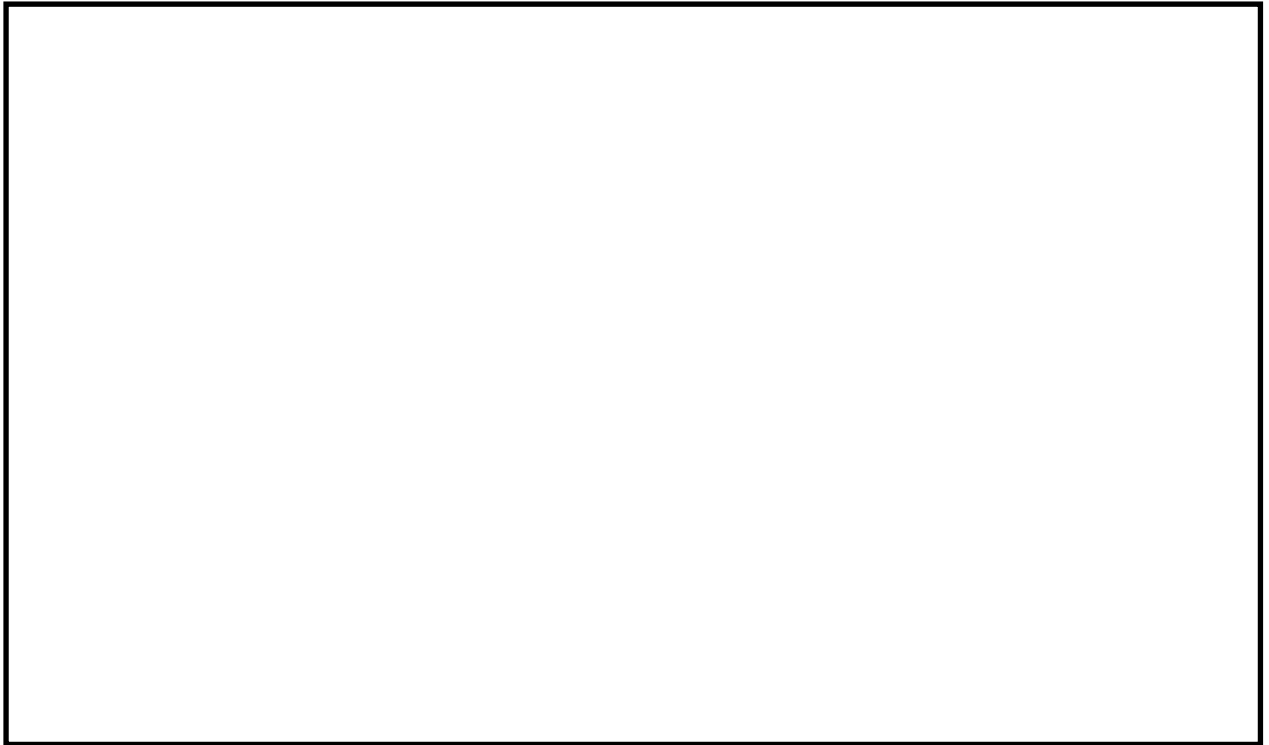


ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

23. ภาพบริเวณสำหรับแสดงใบอนุญาตร้านยา และใบประกอบวิชาชีพ ตัวจริง



ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....