

**บันทึกการตรวจสอบเอกสารประกอบ
คำขอเปลี่ยน, เพิ่ม, ถอน ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ**

ชื่อสถานที่ประกอบการ.....

รายการเอกสาร	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
1. ใบปะหน้า			
2. คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง			
3. สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต/ ผู้ดำเนินกิจการ พร้อมตัวจริง			
4. สำเนาบัตรประชาชนผู้ขออนุญาต/ ผู้ดำเนินกิจการ พร้อมตัวจริง			
5. สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (3 ชุด) (ตรวจสอบแล้ว ⇨ คืบสำเนา 2 ชุด ให้ผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเก็บคนละชุด)			
6. คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ต้องมาแสดงตนและเซ็นชื่อต่อหน้าเจ้าหน้าที่) 6.1 คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (ตามประเภทใบอนุญาต) 6.2 คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการสำหรับการปฏิบัติการที่ร้านขายยาในจังหวัด สมุทรปราการ			
7. สำเนาใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม พร้อมใบประกอบฯ ตัวจริง			
8. ใบรายงานผลการศึกษาต่อเนื้อหา (CPE)			
9. ใบรับรองแพทย์ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (ระบุโรคต้องห้ามตามกฎหมาย (1) โรคเรื้อน (2) วัณโรคในระยะอันตราย (3) โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม (4) โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง (5) โรคพิษสุราเรื้อรัง)			
9. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ พร้อมตัวจริง			
10. สำเนาบัตรประชาชนผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ พร้อมตัวจริง			
11. ภาพถ่าย เภสัชกรตัวจริงกับป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในสถานที่จริง ป้ายปฏิบัติการระบุ "คำนำหน้า ชื่อตัว ชื่อสกุล วิทยฐานะ และเวลาปฏิบัติการ			
12. หนังสือมอบอำนาจดำเนินการแทน (ในกรณีที่ผู้ยื่นขอไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยตัวเอง) ติดอากรแสตมป์ 10 บาท พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ			
13. ใบอนุญาต			
14. แบบแจ้งเลิกการปฏิบัติการเภสัชกร (คนเก่า)			

โปรดตรวจสอบเอกสารให้ครบ เอกสารที่เป็นสำเนาให้เซ็นรับรองสำเนาให้ครบถ้วน พร้อมตัวจริง
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 นำส่งฯ

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

ถนน.....ซอย.....ตำบล.....อำเภอ.....

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

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

ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

รายการที่ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง.....

(ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการคนเดิม)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยื่นคำขออนุญาต

(1) เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว

ตาม () พระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 มาตราที่.....

() คำสั่งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่ 336/2557 เรื่องการมอบหมายของเลขาธิการ
คณะกรรมการอาหารและยา มอบหมายให้เภสัชกรตั้งแต่ระดับชำนาญการขึ้นไป อนุญาตหรือ
ไม่อนุญาตภายในเขตจังหวัด ข้อ 4.1.1.1 ยาแผนปัจจุบัน
เห็นควร.....

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

ผู้ดำเนินการ

.....
.....

เลขที่.....
วันที่.....
ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ

**คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต
นำหรือส่งยาแผนปัจจุบันเข้ามาในราชอาณาจักร**

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

ข้าพเจ้า.....
(ชื่อผู้ขออนุญาต)

ซึ่งมีผู้ดำเนินกิจการ ชื่อ.....ได้รับอนุญาตให้นำหรือส่งยา
แผนปัจจุบันเข้ามาในราชอาณาจักรตามใบอนุญาตที่.....ณ สถานที่นำหรือส่งยาชื่อ

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

หมู่.....ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตดังต่อไปนี้.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

- (๑) ใบอนุญาตนำหรือส่งยาแผนปัจจุบันเข้ามาในราชอาณาจักรหรือใบแทน
- (๒) เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(ลายมือชื่อ).....ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สัญญาระหว่าง ในนามของ

เลขที่ ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า "ผู้รับอนุญาต" ฝ่ายหนึ่งกับ.....

() การบำบัดโรคสัตว์

ผู้ประกอบ () โรคศิลปะ แผน.....สาขา.....

() วิชาชีพ.....

ชั้น.....ใบอนุญาตเลขที่.....ซึ่งต่อไปในสัญญาเรียกว่า "ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ" อีกฝ่าย
หนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำสัญญานี้เพื่อปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ร่วมกันโดยมีข้อความ
ดังต่อไปนี้

1. ผู้รับอนุญาตยินยอมและตกลงให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเข้าปฏิบัติหน้าที่ ณ.....
ของผู้รับอนุญาตเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ตั้งแต่วันที่ทำสัญญาเป็นต้นไป

2. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการยินยอมรับปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ในหน้าที่ที่กำหนด
ได้ตามข้อ 1. ของสัญญานี้ทุกประการ

3. ผู้รับอนุญาตยินยอมจ่ายค่าเงินทดแทนเป็นรายเดือนให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เดือนละ.....บาท
(.....) ภายในวันสิ้นเดือนปฏิทินทุก ๆ เดือน

4. หนังสือสัญญานี้มีอายุสัญญา จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.....

5. หากคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดบอกเลิกสัญญานี้ก่อนครบกำหนดตามข้อ 4. ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์
อักษรให้อีกฝ่ายหนึ่งทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า.....วัน และต้องแจ้งให้กองควบคุมยาทราบตามกฎหมายด้วย

6. หากต้องมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทำอยู่ เพื่อให้การ
ปฏิบัติการได้เป็นไปโดยถูกต้องตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 และกฎกระทรวงซึ่งออกตามความใน
พระราชบัญญัติยาลับดังกล่าว ผู้รับอนุญาตยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกประการ

7. ภาษีเงินได้ที่จะต้องเสียตามกฎหมาย ผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตกลงกันว่า.....
.....เป็นผู้เสีย

- 8. หากปรากฏว่า คู่สัญญา-

8. หากปรากฏว่า คู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไม่ปฏิบัติตามสัญญานี้แม้แต่ข้อหนึ่งข้อใด สัญญานี้เป็นอันเลิกกันทันที โดยคู่สัญญาไม่ต้องปฏิบัติตามข้อ 5. และคู่สัญญาที่มีสิทธิจะฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายได้ตามกฎหมาย หากมีการฟ้องร้องกันขึ้น ทั้งสองฝ่ายตกลงกันว่าฝ่ายที่ผิดสัญญาจะต้องเป็นผู้ชดใช้ค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้อง เช่น ค่าทนายและค่าธรรมเนียมศาล หรืออื่น ๆ เป็นต้น

9. สัญญานี้ทำขึ้นเป็นสามฉบับมีข้อความตรงกัน คู่สัญญาต่างยึดถือไว้คนละหนึ่งฉบับและมอบให้ กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเก็บไว้เป็นหลักฐานหนึ่งฉบับ

คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายต่างเข้าใจข้อความในสัญญานี้ดีแล้ว จึงได้ลงชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ขออนุญาต

(ลงชื่อ).....ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

(ลงชื่อ).....พยาน

(ลงชื่อ).....พยาน

คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

แบบ น.ย. ๗

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....

อยู่เลขที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....

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

จังหวัด.....โทรศัพท์.....ขอให้คำรับรองต่อพนักงานเจ้าหน้าที่กองควบคุมยา

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ว่า

(๑) ข้าพเจ้าเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเภสัชกรรม ใบอนุญาต
เลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ไม่เคยเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแห่งใด

(๒) ข้าพเจ้า มาก่อน

เคยเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา.....แห่งพระราชบัญญัติยา

พ.ศ. ๒๕๑๐ ของ.....จังหวัด.....มาก่อน แต่ได้เลิก

การเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ณ สถานที่ดังกล่าวตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
(ชื่อสถานที่)

(๓) ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขณะนี้ข้าพเจ้ามิได้เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา
แห่งใด

(๔) ขณะนี้ข้าพเจ้า ไม่ได้รับราชการหรือทำงานอยู่แห่งใด

รับราชการหรือทำงานประจำอยู่ที่.....

เวลาทำการ.....

(๕) ข้าพเจ้าจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำ ณ สถานที่นำหรือส่งยาแผนปัจจุบันเข้ามาใน
ราชอาณาจักรชื่อ.....อยู่เลขที่.....ต.รอก/ชอย.....

ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ตลอดเวลาที่เปิดทำการ

เวลาทำการ.....

ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าอาจถูกดำเนินคดีฐานแจ้งความเท็จต่อ
เจ้าพนักงาน

คำรับรองนี้ทำต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

(ลายมือชื่อ).....ผู้ให้คำรับรอง

(ลายมือชื่อ).....พนักงานเจ้าหน้าที่

หมายเหตุ :- ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

ภาพถ่ายป้ายแสดงวิทยฐานะผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

*** กรณีเปลี่ยน, เพิ่มเอกสาร

ให้เพิ่มรูปถ่ายเอกสารตัวจริง กับป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการที่ชื่อตรงกัน ในสถานที่จริงที่ได้รับอนุญาต
(อัดกระดาษโฟโต้ จากร้านอัดรูป ขนาด ๔*๖ นิ้ว)