

## ขั้นตอนและลำดับในการยื่นต่ออายุ

### ขั้นตอน ยื่นคำขอต่ออายุ

**จองคิว ผ่านระบบออนไลน์ก่อนเข้ารับบริการต่ออายุ** นัดหมายเจ้าหน้าที่งานยาเพื่อต่ออายุ 02 389 5980 ต่อ 107, 220

**เตรียมเอกสารและหลักฐาน ให้ครบถ้วน**

๑. ใบอนุญาตฯ ฉบับจริง
๒. คำขอต่ออายุใบอนุญาต (แบบ น.ย. ๙) ลงลายมือชื่อผู้รับอนุญาต/ ผู้ดำเนินกิจการ และประทับตราบริษัท
๓. ใบรับรองแพทย์ ระบุ ๕ โรค ตามประกาศฯ (โรคเรื้อรัง / วัณโรคในระยะอันตราย / โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม / โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง / โรคพิษสุราเรื้อรัง)  
ออกให้ไม่เกิน ๓ เดือน ของ ผู้รับอนุญาต/ ผู้ดำเนินกิจการ และ ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกคน (ถ้ามีหลายคน)
๔. คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกคน ลงลายมือชื่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (ถ้ามีหลายคน)
๕. รูปถ่ายสีของผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินกิจการ ขนาด ๓x๔ ซม. จำนวน ๓ รูป **กรณีช่องต่ออายุใบอนุญาตเต็ม**  
(ถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน หน้าตรงไม่ยิ้ม ไม่สวมแว่นตาและหมวก พื้นหลังสีเรียบ)
๖. แบบรายงานผลการตรวจ GDP

**ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ยื่นเอกสารตามวันเวลาที่จองคิว**

**ชำระค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาต และค่าคำขอต่ออายุใบอนุญาต** ขอให้ท่านชำระค่าธรรมเนียมการต่ออายุฯ และค่าคำขอต่ออายุฯ โดยวิธีการรับ-จ่ายเงินทางอิเล็กทรอนิกส์ ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ด้วยการ Scan OR Code หรือ Debit card ผ่านเครื่อง EDC

### อัตราค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาต

- ใบอนุญาตนำหรือสั่งยาแผนปัจจุบันเข้ามาในราชอาณาจักร ใบอนุญาตละ ๑๐,๐๐๐ บาท

### อัตราค่าคำขอต่ออายุใบอนุญาต

- ค่าคำขอต่ออายุใบอนุญาตด้านยา ใบอนุญาตละ ๕๐๐ บาท

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

## คำขอต่ออายุใบอนุญาต นำหรือส่งยาแผนปัจจุบันเข้ามาในราชอาณาจักร

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

(ชื่อผู้ขออนุญาต)

ซึ่งมีผู้ดำเนินการ ชื่อ.....

ได้รับอนุญาตให้นำหรือส่งยาแผนปัจจุบันเข้ามาในราชอาณาจักรตามใบอนุญาตที่ .....

ณ สถานที่นำหรือส่งยา ชื่อ .....

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

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

จังหวัด.....โทรศัพท์..... เวลาทำการ .....

ขอต่ออายุใบอนุญาตดังกล่าว เพื่อใช้ต่อไปในปี พ.ศ. ....

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

(๑) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งรับรองว่าผู้ดำเนินการไม่เป็นโรค  
ตามมาตรา ๑๔ (๖) แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

(๒) ใบอนุญาตนำหรือส่งยาแผนปัจจุบันเข้ามาในราชอาณาจักรหรือใบแทน

(๓) เอกสารแสดงว่าเป็นผู้จัดการหรือผู้แทน ซึ่งเป็นผู้ดำเนินการของนิติบุคคล  
(กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)

(๔) เอกสารอื่น ๆ ถ้ามี

(ลายมือชื่อ) .....ผู้ยื่นคำขอ

# คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

แบบ น.ย. ๗

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....

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

ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....

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

ตลอดเวลาที่เปิดทำการ

เวลาทำการ.....

ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าอาจถูกดำเนินคดีฐานแจ้งความเท็จต่อ  
เจ้าพนักงาน

คำรับรองนี้ทำต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

(ลายมือชื่อ).....ผู้ให้คำรับรอง

(ลายมือชื่อ).....พนักงานเจ้าหน้าที่

หมายเหตุ :- ใส่เครื่องหมาย  ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ