

**บันทึกการตรวจสอบเอกสารประกอบ
คำขอเปลี่ยน, เพิ่ม, ถอน ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ**

ชื่อสถานที่ประกอบการ.....

รายการเอกสาร	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
กรณี เปลี่ยน / เพิ่ม ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (เตรียมเอกสาร ข้อ 1-14)			
กรณี ถอน ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (เตรียมเอกสาร ข้อ 1, 2, 3, 4, 12, 13, 14)			
1. ใบปะหน้า			
2. คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง			
3. สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขออนุญาต/ ผู้ดำเนินกิจการ พร้อมตัวจริง			
4. สำเนาบัตรประชาชนผู้ขออนุญาต/ ผู้ดำเนินกิจการ พร้อมตัวจริง			
5. สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (3 ชุด) (ตรวจสอบแล้ว ⇨ คืนสำเนา 2 ชุด ให้ผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเก็บคนละชุด)			
6. คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องมาแสดงตนและเซ็นชื่อต่อหน้าเจ้าหน้าที่) 6.1 คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (แบบ ข.ย.14) *กรอกข้อมูลให้ครบทั้ง 3 หน้า* 6.2 คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการสำหรับการปฏิบัติการที่ร้านขายยาในจังหวัดสมุทรปราการ			
7. สำเนาใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม พร้อมใบประกอบฯ ตัวจริง			
8. ใบรายงานผลการศึกษาต่อเนื่องฯ (CPE) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง			
9. ใบรับรองตัวจริงแพทย์ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (ที่ยังไม่หมดอายุ) (ระบุโรคต้องห้ามตามกฎหมาย (1) โรคเรื้อน (2) วัณโรคในระยะอันตราย (3) โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม (4) โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง (5) โรคพิษสุราเรื้อรัง)			
9. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ พร้อมตัวจริง			
10. สำเนาบัตรประชาชนผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ พร้อมตัวจริง			
11. ภาพถ่าย ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตัวจริงกับป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในสถานที่จริง (ศึกษารายละเอียดใน เอกสารที่ 11)			
12. หนังสือมอบอำนาจดำเนินการแทน (ในกรณีที่ผู้รับอนุญาตไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยตัวเอง) ติดอากรแสตมป์ 10 บาท พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ			
13. ใบอนุญาตตัวจริง			
14. แบบแจ้งเลิกการปฏิบัติการเภสัชกร (คนเก่า) (ถ้ามี)			

โปรดตรวจสอบเอกสารให้ครบ เอกสารที่เป็นสำเนาให้เซ็นรับรองสำเนาให้ครบถ้วน พร้อมตัวจริง
และจัดเรียงลำดับเอกสารตามตารางข้างต้นให้เรียบร้อย หากเอกสารไม่ครบ/เอกสารที่ต้องแสดงตัวจริง ไม่ได้นำมาแสดง
เมื่อเจ้าหน้าที่จะตรวจสอบ พบว่า ไม่ครบหรือไม่ถูกต้อง จะส่งคืนให้ท่านกลับไปดำเนินการใหม่

ตามที่ท่านได้ยื่นคำขออนุญาตฯ พร้อมเอกสารต่าง ๆ ให้กลุ่มงานตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสารประกอบ
คำขอฯ ดังกล่าวนั้น ได้ตรวจสอบแล้ว ขอเรียนว่าคำขอฯ และเอกสารประกอบของท่าน

ครั้งที่..... วันที่..... () ครบถ้วน () ไม่ครบถ้วน และยังขาดเอกสารหมายเลข.....

แก้ไข.....

ลายมือชื่อ..... ลายมือชื่อ.....

(ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ยื่น)

(เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ)

ดังนั้น จึงขอให้ท่านจัดทำเอกสารดังกล่าวให้ครบถ้วน แล้วนำมายื่นใหม่อีกครั้ง

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัช
สาธารณสุข

เลขรับที่.....

วัน เดือน ปี.....

ลงชื่อผู้รับ.....

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขออนุญาต.....

เรียน นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

ข้าพเจ้า.....(ผู้รับอนุญาต).....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ยื่นขออนุญาตตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 ของสถานประกอบการ ประเภท ผลิต ขาย นำสั่งฯ

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

ถนน.....ซอย.....ตำบล.....อำเภอ.....

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

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

ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

รายการที่ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยื่นคำขออนุญาต

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว และเป็นอำนาจของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

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

() หนังสือมอบอำนาจของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่ 112/2547 ประกอบกับ คำสั่งจังหวัดสมุทรปราการ ที่ 653/2566 ลงวันที่ 31 มกราคม 2566 การมอบอำนาจของ ผู้ว่าราชการจังหวัดสมุทรปราการ ให้แก่หัวหน้าส่วนราชการ ข้อ 2.2.2 ภาคผนวก ข/14 เห็นควร.....

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

ผู้ดำเนินการ

.....
.....

.....
.....

เลขรับที่

วันที่

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า

(ชื่อผู้รับอนุญาต)

มีผู้ดำเนินกิจการ ชื่อ..... (เฉพาะกรณีนิติบุคคล)

เลขที่บัตรประชาชน ได้รับอนุญาตให้ ขายยาแผนปัจจุบัน ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์ ขายส่งยาแผนปัจจุบัน

ใบอนุญาตเลขที่.....ณ สถานที่ขายยาชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่..... ตรอก / ซอย..... ถนน.....

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

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

ขอเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต ดังต่อไปนี้

.....

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

(๑) ใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาหรือไบแทน

(๒) เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....ตัวบรรจง)

(ลายมือชื่อ).....ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

(.....ตัวบรรจง)

สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510

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 ทั้งสองฝ่าย
ได้ตกลงทำสัญญานี้เพื่อปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 ร่วมกัน โดยมีข้อความดังต่อไปนี้

1. ผู้รับอนุญาตยินยอมและตกลงให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเข้าปฏิบัติหน้าที่ ณ
ของผู้รับอนุญาต เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 ตั้งแต่วันที่ทำสัญญาเป็นต้นไป

2. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการยินยอมรับปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ในหน้าที่ที่กำหนดไว้ตามข้อ 1. ของ
สัญญานี้ทุกประการ

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

4. หนังสือสัญญานี้มีอายุสัญญา จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.

5. หากคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดบอกเลิกสัญญานี้ก่อนครบกำหนดตามข้อ 4 ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้อีกฝ่ายหนึ่ง
ทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า.....วัน และต้องแจ้งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการทราบตามกฎหมายด้วย

6. หากต้องมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลง เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทำอยู่ เพื่อให้การปฏิบัติการได้เป็นไป
โดยถูกต้องตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 และกฎกระทรวงซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติยาฉบับดังกล่าวผู้รับอนุญาต
ยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกประการ

7. ภาษีเงินได้ที่จะต้องเสียตามกฎหมายผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตกลงกันว่า.....เป็นผู้เสีย

8. หากปรากฏว่าผู้สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใด ไม่ปฏิบัติตามสัญญานี้แม้แต่ข้อหนึ่งข้อใด สัญญานี้เป็นอันยกเลิกทันที โดยคู่
สัญญาไม่ต้องปฏิบัติตามข้อ 5 และคู่สัญญามีสิทธิที่จะฟ้องเรียกค่าเสียหายได้ตามกฎหมาย หากมีการฟ้องร้องกันขึ้นทั้งสองฝ่าย
ตกลงกันว่า ฝ่ายหนึ่งผู้ผิดสัญญาจะต้องเป็นผู้ชดใช้ค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้อง เช่น ค่าทนาย และค่าธรรมเนียมศาลหรืออื่น ๆ เป็นต้น

9. สัญญานี้ทำขึ้นเป็นสามฉบับมีข้อความตรงกัน คู่สัญญาต่างยึดถือไว้คนละหนึ่งฉบับและมอบให้สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดสมุทรปราการ เก็บไว้เป็นหลักฐานหนึ่งฉบับ

คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายต่างเข้าใจข้อความในสัญญานี้ดีแล้ว จึงได้ลงชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ขออนุญาต

(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

หมายเหตุ :- ใส่เครื่องหมาย ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

(๖) ข้าพเจ้ารับทราบและจะปฏิบัติตามหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่กำหนดไว้ ตลอดระยะเวลาที่ข้าพเจ้าเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่แห่งนี้โดยเคร่งครัด

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

(๑) สำเนาทะเบียนบ้าน

(๒) สำเนาบัตรประชาชน

(๓) คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน พร้อมตราประทับในกรณีรับราชการหรือทำงาน (ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด)

(๔) เอกสารอื่น ๆ (ถ้าจำเป็น)

ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงานกรณีการขอใบอนุญาตใหม่ ให้ทำคำรับรองนี้ต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ให้คำรับรอง

(ลายมือชื่อ)..... พนักงานเจ้าหน้าที่

คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน
เพื่อเป็นหลักฐานประกอบคำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในการเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในร้านขายยา
ตามกฎหมายกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. ๒๕๕๖

เขียนที่
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

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 ข้าพเจ้าไม่ได้รับราชการหรือทำงานประจำที่ใด
 ทั้งนี้ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

ลงชื่อ.....

(.....)

เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการสำหรับการปฏิบัติการที่ร้านขายยาในจังหวัดสมุทรปราการ

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

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

ข้าพเจ้า ขอให้คำรับรอง ต่อพนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดสมุทรปราการว่า

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

(๒) ข้าพเจ้าจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำ ณ สถานที่ () ชาย () น้าหรือสังฆาแผน [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
(.....)

ภาพถ่ายป้ายแสดงวิทยฐานะผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

*** กรณีเปลี่ยน, เพิ่มเกสซ์กร

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

- รูปถ่ายของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการบนป้าย เป็นรูปถ่ายสี หนาเต็ม ไม่สวมหมวกหรือแว่นตา
ถ่ายไว้ไม่เกิน ๕ ปี
- รูปถ่ายขนาด ๔ x ๖ นิ้ว (๑๐ x ๑๕ เซนติเมตร) อักษรแสดงเลขที่ใบประกอบวิชาชีพขนาดอักษรสูงไม่น้อยกว่า ๓ เซนติเมตร ตัวอักษรสีขาว
- **ข้อความในป้าย ระบุ**
 - ๑) นาย/นาง/นางสาว ชื่อตัวและชื่อสกุล ตามด้วยวุฒิ
 - ๒) เวลาปฏิบัติการ XX.XX – XX.XX น.
 - ๓) ภาพถ่ายของเกสซ์กรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ขนาด ๔ x ๖ นิ้ว (๑๐ x ๑๕ เซนติเมตร)
 - ๔) เลขใบประกอบวิชาชีพ ภ. XXXXX