

แบบตรวจเอกสาร

การขออนุญาตขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์

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

รายการ	ถูกต้อง	แก้ไข	หมายเหตุ
<b>เอกสารที่ผู้ขออนุญาตต้องเตรียม</b>			
1. ใบปะหน้า			
2. แบบคำขออนุญาตตามประเภทใบอนุญาต			
3. รูปถ่ายสีของผู้ขออนุญาต ขนาด 3x4 ซม. (1.5 นิ้ว) 3 รูป ถ่ายไม่เกิน 6 เดือนจากวันที่ยื่นคำขอ*** (หน้าตรง ผมไม่ปิดหน้า ไม่ยิ้ม ไม่สวมแว่นตาดำและหมวก พื้นหลัง (Background) สีเรียบเท่านั้น)			
4. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต <b>พร้อมตัวจริง</b> (สำหรับบุคคลต่างชาติ ใช้ หนังสือขออนุญาตทำงานที่ออกโดยกระทรวงแรงงานฯ และหนังสือเดินทาง)			
5. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ขออนุญาต <b>พร้อมตัวจริง</b>			
6. ใบรับรองแพทย์ตัวจริง (ต้องไม่เกิน 1 เดือน) (ระบุโรคต้องห้าม ตามกฎกระทรวง ได้แก่ โรคเรื้อน, วัณโรคในระยะอันตราย, โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม, โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง, โรคพิษสุราเรื้อรัง)			
7. สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ จำนวน 3 ชุด			
8. หลักทรัพย์ หรือหนังสือรับรองจากธนาคาร จำนวนเงินตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป / สำเนาโฉนดที่ดิน ไม่ติดภาระผูกพัน			
9. สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ที่ขออนุญาต - กรณีสำเนาทะเบียนบ้านไม่มีผู้อยู่อาศัย (ทะเบียนบ้านลอย) ใช้เอกสารอื่นประกอบ อยางใดอย่างหนึ่ง** ดังนี้ [ ] สำเนาสัญญาซื้อ-ขาย สิ่งปลูกสร้างฯ [ ] สำเนาใบอนุญาตก่อสร้าง [ ] สำเนาเอกสารอสังกรรมสิทธิ์ - กรณีสำเนาทะเบียนบ้าน มีผู้อยู่อาศัย ผู้ที่ทำสัญญาเช่า ต้องมีสภาพเป็นเจ้าของบ้าน เท่านั้น			
10. กรณีที่เช่าสถานที่/ยินยอมให้ใช้สถานที่ 10.1 สำเนาสัญญาเช่าสถานที่ รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้ขออนุญาต - สำเนาบัตรประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้ให้เช่า รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้ให้เช่า - กรณีผู้ให้เช่าเป็นบริษัท ให้ยื่นสำเนาหนังสือรับรองบริษัทที่ออกมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน ของบริษัท ผู้ให้เช่า (เช่นรับรองสำเนาทุกหน้า โดยกรรมการฯ และประทับตราบริษัท ตามเงื่อนไขของหนังสือรับรองบริษัทนั้น) 10.2 หนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่ (กรณีนามสกุลเดียวกัน) - สำเนาบัตรประชาชนของผู้ที่มีกรรมสิทธิ์/เจ้าบ้าน รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้มีกรรมสิทธิ์			
11. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีผู้ขออนุญาตไม่สามารถมาติดต่อด้วยตนเอง) ติดอากรแสตมป์ 10 บาท			
12. สำเนาบัตรประชาชนของ ผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ			
13. <b>กรณีนิติบุคคล</b> ให้เพิ่มเอกสารประกอบ ดังนี้ 1. หนังสือรับรองจดทะเบียน พร้อมแนบวัตถุประสงค์ของนิติบุคคล ไม่เกิน 6 เดือน - ต้องมีระบุวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการประกอบธุรกิจ/กิจการด้านยา ***** - ต้องจดเลขที่ตั้งสถานที่ขออนุญาตในหนังสือรับรองบริษัท 2. บัญชีรายชื่อผู้ถือหุ้นและสำเนาทะเบียนบ้านของหุ้นส่วนทุกคน 3. สำเนาบัตรประชาชนของกรรมการผู้ลงนามแต่งตั้งฯ 4. สำเนาทะเบียนบ้านของกรรมการผู้ลงนามแต่งตั้งฯ 5. หนังสือมอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ (พร้อมอากรแสตมป์ 30 บาท)			

รายการ	ถูกต้อง	แก้ไข	หมายเหตุ
<b>เอกสารที่ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องเตรียม</b>			
14. คำรับรองผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (ตามประเภท) ต้องมารับรองต่อหน้าเจ้าหน้าที่ โดยคำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน (ให้หัวหน้าหน่วยงานเป็นผู้รับรอง และต้องประทับตราหน่วยงานด้วยจึงจะถือว่าสมบูรณ์)			
15. คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการสำหรับการปฏิบัติการที่ร้านขายยาในจังหวัดสมุทรปราการ			
16. ใบรับรองแพทย์ตัวจริง (ต้องไม่เกิน 1 เดือน) (ระบุโรคต้องห้าม ได้แก่ โรคเรื้อน, วัณโรคในระยะอันตราย, โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม, โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง, โรคพิษสุราเรื้อรัง)			
17. สำเนาทะเบียนบ้าน (พร้อมตัวจริง)			
18. สำเนาบัตรประชาชน (พร้อมตัวจริง)			
19. สำเนาใบประกอบโรคศิลปะของผู้ปฏิบัติการ ทุกคน (พร้อมตัวจริง) เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
20. ใบรายงานผลการศึกษาต่อเนื้อหา (CPE) เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
<b>เอกสารอื่นๆ</b>			
21. แผนผังภายในของสถานที่			
22. แผนที่ตั้งของสถานที่ ระบุจุดสังเกตและรายละเอียดให้ชัดเจน สามารถเดินทางไปได้			
23. รูปถ่ายของสถานที่ที่ขออนุญาต โดยระบุรายละเอียดที่อยู่ และผู้ขออนุญาตเช่นรับรองทุกหน้า **รูปถ่ายขนาด 4x6 นิ้ว อัดกระดาษโฟโต้จากร้านอัดรูปเท่านั้น และให้ติดรูปบนแบบฟอร์มรูปถ่ายของแต่ละประเภทใบอนุญาตให้ถูกต้อง			

หมายเหตุ : ลงนามรับรองสำเนาถูกต้องเอกสารทุกฉบับที่เป็นสำเนา

### \*\*\* โปรดอ่าน \*\*\*

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

## คำแนะนำ

### ๑. โครงสร้าง

๑.๑ พื้นที่มีการจัดเป็นสัดส่วน ประกอบด้วย

- ส่วนให้บริการโดยผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
- ส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ
- พื้นที่เก็บสำรองยาเป็นการเฉพาะ

๑.๒ ส่วนให้บริการโดยผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการและส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ ต้องอยู่ในบริเวณที่ติดต่อกันและมีพื้นที่ทั้งสองส่วนรวมกันไม่น้อยกว่า ๘ ตารางเมตร โดยความยาวของด้านที่สั้นที่สุดของพื้นที่ต้องไม่น้อยกว่า ๒ เมตร

๑.๓ จัดให้มีม่าน หรือวัสดุทึบ สำหรับใช้ปิดบัง บริเวณส่วนให้บริการโดยผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ในขณะที่ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ พร้อมทั้งข้อความแจ้งให้ทราบว่า ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการไม่อยู่ ไม่สามารถจำหน่ายยาบริเวณนี้ได้

### ๒. ป้ายตามกฎหมาย

๒.๑ มีป้าย สถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์ ติดในบริเวณที่ผู้มารับบริการมองเห็นได้ชัดเจน สามารถมองเห็นได้จากภายนอกอาคาร

๒.๒ มีป้ายแสดงชื่อตัว ชื่อสกุล วิทยฐานะ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ รูปถ่ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เลขที่ใบอนุญาตวิชาชีพ และเวลาปฏิบัติการติดในบริเวณที่ผู้มารับบริการมองเห็นได้ชัดเจน สามารถมองเห็นได้จากภายนอกอาคาร

### ๓. ศึกษาข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง

๓.๑ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์ พ.ศ.๒๕๖๔

ตัวอย่าง แบบป้ายแสดงสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์



กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค  
และเภสัชสาธารณสุข  
เลขรับ .....  
วัน เดือน ปี.....  
นัดตรวจ.....  
ลงชื่อผู้รับ.....

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

เรื่อง ขออนุญาต.....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....  
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
ยื่นขออนุญาตตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ.๒๕๑๐ ของสถานประกอบการ ประเภท  ผลิต  ขาย  นำสั่งฯ  
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

1) เรียง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

- ( ) เห็นควรอนุญาตตามพระราชบัญญัติ.....
  - ( ) เห็นควรส่งเรื่องให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาดำเนินการต่อไป
  - ( ) เห็นควรตรวจสอบสถานที่ ในวันที่.....
- โดย. 1.....
- 2.....
- 3.....

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

ผู้ดำเนินการ

.....  
.....

2) เรียง 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

.....  
.....

.....  
.....

ที่ปิดรูปถ่าย  
ผู้รับอนุญาต  
ขนาด ๓ x ๔ ซม.

เลขรับที่ .....  
วันที่ .....  
ลงชื่อ ..... ผู้ยื่นคำขอ

คำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน  
เฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

(ชื่อผู้ขออนุญาต)

มีผู้ดำเนินกิจการ ชื่อ..... (เฉพาะกรณีนิติบุคคล)

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

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

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

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

E-mail.....

ขอรับใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์โดยมีสถานที่ขายยาชื่อ.....

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

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

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

โดยมี  ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ชั้น .....  
ชื่อ .....

เลขที่บัตรประชาชน

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมเลขที่ .....

ผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ ชั้น ..... สาขา.....  
ชื่อ .....

เลขที่บัตรประชาชน

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์เลขที่.....

(ถ้าประเภทใดมีมากกว่าหนึ่งคนให้แจ้งเพิ่มเติมไว้ท้ายคำขอนี้จนครบ)

เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา ๔๒ หรือมาตรา ๔๓ แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

เวลาทำการ (เวลาปฏิบัติการ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าในระยะเวลาก่อนยื่นคำขอนี้ ข้าพเจ้าไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุด หรือคำสั่งที่ขอด้วยกฎหมายให้จำคุกในความผิดที่กฎหมายบัญญัติ ให้ถือเอาการกระทำโดยทุจริตเป็นองค์ประกอบ หรือในความผิดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ กฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท กฎหมายว่าด้วยการขายยาหรือพระราชบัญญัตินี้

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

- (๑) รูปถ่ายของผู้ขออนุญาต ขนาด ๓ x ๔ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป
- (๒) เอกสารแสดงการเป็นเจ้าของกิจการและหลักทรัพย์
- (๓) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต
- (๔) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับรองว่าผู้ขออนุญาตไม่เป็นโรคตามมาตรา ๑๔ (๖) แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐
- (๕) สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและผู้ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต
- (๖) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพของผู้ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต
- (๗) เอกสารแสดงว่าเป็นผู้ดำเนินกิจการ (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)
- (๘) เอกสารอื่น ๆ ถ้าจำเป็น

(ลายมือชื่อ).....ผู้ขออนุญาต

(.....ตัวบรรจง)

---

หมายเหตุ :- (๑) ใส่เครื่องหมาย  ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ  
(๒) ในกรณีผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นสองเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ให้อนุญาตเฉพาะผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นสอง สาขาอายุรกรรมเท่านั้น





**สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ**  
**ตามพระราชบัญญัติยา 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 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 ผู้รับอนุญาต ยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกประการ

๗. ภาษีเงินได้ที่จะต้องเสียตามกฎหมายผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตกลงกันว่า.....เป็นผู้เสีย

๘. หากปรากฏว่าคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใด ไม่ปฏิบัติตามสัญญานี้แม้แต่ข้อหนึ่งข้อใด สัญญานี้เป็นอันยกเลิกทันที โดยคู่สัญญาไม่ต้องปฏิบัติตามข้อ ๕ และคู่สัญญามีสิทธิที่จะฟ้องเรียกค่าเสียหายได้ตามกฎหมาย หากมีการฟ้องร้องกันขึ้น ทั้ง สองฝ่ายตกลงกันว่า ฝ่ายหนึ่งที่มีผิดสัญญาจะต้องเป็นผู้ชดใช้ค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้อง เช่น ค่าทนาย และ ค่าธรรมเนียมศาลหรืออื่น ๆ เป็นต้น

๙. 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

 ผู้ประกอบวิชาชีพ.....(๑) ข้าพเจ้าเป็น  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 (ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาคำหนด)

(๔) เอกสารอื่น ๆ (ถ้าจำเป็น)

ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

กรณีการขอใบอนุญาตใหม่ ให้ทำคำรับรองนี้ต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ให้คำรับรอง

(ลายมือชื่อ)..... พนักงานเจ้าหน้าที่

คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน  
เพื่อเป็นหลักฐานประกอบคำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในการเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในร้านขายยา  
ตามกฎหมายกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน  
พ.ศ. ๒๕๕๖

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

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

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



ตราประทับหน่วยงาน

( ..... )  
ตำแหน่ง .....

**เฉพาะกรณีที่เภสัชกรไม่ได้รับราชการ หรือ ทำงานประจำ** (ให้กรอกข้อความ อ่านและลงนามข้างล่างนี้)

ข้าพเจ้า ..... ขอรับรองว่า ข้าพเจ้า**ไม่**ได้รับราชการหรือทำงานประจำที่ได้  
ทั้งนี้ข้าพเจ้าทราบว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญารฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

ลงชื่อ .....  
( ..... )

เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

# คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการสำหรับการปฏิบัติการที่ร้านขายยาในจังหวัดสมุทรปราการ

เขียนที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

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

ข้าพเจ้า ขอให้คำรับรอง ต่อพนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการว่า

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

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

โดยข้าพเจ้าจะอยู่ตลอดเวลาที่เปิดทำการ (เวลาเปิดทำการจำหน่ายของร้าน) ข้าพเจ้าทราบดีว่า หากข้าพเจ้าไม่มาปฏิบัติหน้าที่และ/หรือ พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจพบว่า ข้าพเจ้าไม่อยู่ในเวลาดังกล่าว ข้าพเจ้ายินดีให้ดำเนินการตาม พระราชบัญญัติยา และยินดีให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ส่งชื่อของข้าพเจ้าให้ “สภาเภสัชกรรมแห่งประเทศไทย” ดำเนินการพิจารณาความผิดทางวิชาชีพต่อไป

ข้าพเจ้ารับทราบเข้าใจและยินยอมปฏิบัติตามคำรับรองนี้โดยเคร่งครัด

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ให้คำรับรอง

( )

โปรดลงลายมือชื่อต่อหน้าคณะกรรมการพิจารณาอนุญาตด้านยา

(ลายมือชื่อ)..... ผู้รับอนุญาต

( )

(ลายมือชื่อ)..... พนักงานเจ้าหน้าที่

( )

# หนังสือมอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ

เขียนที่.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

(ชื่อและประเภทนิติบุคคล) สำนักงานใหญ่ ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....

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

จังหวัด..... โดยมี .....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการแทนนิติบุคคล ปราบปรามหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล กระทรวงพาณิชย์ เลขที่..... ลงวันที่..... ขอมอบอำนาจและแต่งตั้งให้

.....เป็นผู้ดำเนินการและมีอำนาจทำการหรือมอบอำนาจ

ให้กระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการเกี่ยวกับการขออนุญาต การรับใบอนุญาต การต่ออายุใบอนุญาตและกิจการอื่นใดทุกประการเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา **ไม่รวมถึงการแจ้งเลิกกิจการ**

**และ การขอเปลี่ยนผู้รับอนุญาต** .....

(ประเภทใบอนุญาต)

การใดที่ผู้ดำเนินการและผู้รับมอบอำนาจดังกล่าว ได้กระทำภายใต้ขอบเขตแห่งการมอบอำนาจนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบและมีผลผูกพันข้าพเจ้าทุกประการ ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่.....

(ลงชื่อ)..... ผู้มอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ  
(.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้มอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ  
(.....)

( อักษร

แสดมภ์

๓๐ บาท )

(ลงชื่อ)..... ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน  
(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน  
(.....)

**หมายเหตุ** ๑. ใช้หนังสือมอบอำนาจนี้ ๑ ฉบับ สำหรับใบอนุญาต ๑ ประเภท (สำหรับนิติบุคคล)

๒. การมอบอำนาจต้องทำตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล

# หนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

- ผู้รับอนุญาต     ผู้ดำเนินกิจการ     ผู้ขออนุญาต  
 ขยายแผนปัจจุบัน     นำหรือส่งยาแผนปัจจุบัน ฯ     ผลิตยาแผนปัจจุบัน  
 ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ  
 ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์  
 ขยายแผนโบราณ     นำหรือส่งยาแผนโบราณ ฯ     ผลิตยาแผนโบราณ

ของ ร้าน / หจก. / หสน. / บริษัท.....

ใบอนุญาตเลขที่..... ตั้งอยู่ที่.....

ขอมอบอำนาจให้.....

บัตรประจำตัวประชาชน     บัตรประจำตัวข้าราชการ เลขที่.....

ออกให้โดย.....บัตรหมดอายุ.....

เป็นผู้กระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการเกี่ยวกับ การขออนุญาต การรับใบอนุญาต การต่อใบอนุญาต ลงนามเป็นผู้ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต การแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาต และ กิจการอื่นใดทุกประการ เกี่ยวกับการประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา สำหรับใบอนุญาตดังกล่าวข้างต้น

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายใต้ขอบเขตแห่งการมอบอำนาจนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบ และมีผลผูกพันข้าพเจ้าทุกประการ ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่.....

ปิด  
อากรแสตมป์  
๑๐ บาท

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)

## แบบฟอร์มชุดรูปถ่ายสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่ตั้ง.....

➤ อาคารพาณิชย์ / ตึกแถว

- ถ่ายรูปภายนอกอาคาร ให้เห็นครบทุกชั้น

➤ อาคาร สำนักงาน / สถานที่ขออนุญาต

- ถ่ายรูปภายนอกอาคาร ให้เห็นภาพรวมของสถานที่

๑.ภาพลักษณะของอาคารสถานที่ขออนุญาต

➤ ป้ายชื่อ สถานที่/ เลขที่ตั้ง

- ถ่ายรูปบริเวณหน้า สถานที่ ให้เห็นป้ายชื่อร้าน พร้อมทั้งเลขที่ตั้งสถานที่  
ให้ชัดเจนจากภายนอกอาคาร

๒.ด้านหน้าสถานที่ (ป้าย,เลขที่)

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง  
ลงชื่อ.....



ชื่อร้าน / บริษัท.....  
ที่ตั้ง.....

➤ ถ่ายรูปบริเวณภายในสถานที่ขออนุญาต ด้านซ้าย

๓. บริเวณภายในสถานที่ขออนุญาตด้านซ้าย (ตู้วางยาด้านซ้ายของสถานที่ขออนุญาต)

➤ ถ่ายรูปบริเวณภายในสถานที่ขออนุญาต ด้านขวา

๔. บริเวณภายในสถานที่ขออนุญาตด้านขวา (ตู้วางยาด้านขวาของสถานที่ขออนุญาต)

ชื่อร้าน / บริษัท.....  
ที่ตั้ง.....

➤ บริเวณตู้วางยา โดยถ่ายรูปให้เห็นครบทุกตู้ที่มีการจัดวางยา  
( แสดงม่านปิดบังตู้ยาเปิดขึ้น )

๕. บริเวณ “ส่วนให้บริการโดยผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ”

➤ บริเวณตู้วางยา โดยถ่ายรูปให้เห็นครบทุกตู้ที่มีการจัดวางยา  
( แสดงม่านปิดบังตู้ยาปิดลง )

พร้อมข้อความที่ระบุให้ครบถ้วนและต้องเป็นข้อความที่ไม่สามารถหลุดลอกหรือขำรูดได้ง่าย  
ครบทุกตู้ที่มีการจัดวางยาอันตราย และยาควบคุมพิเศษ

“ ขณะนี้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ ไม่สามารถจำหน่ายยาในบริเวณนี้ได้ ”

๖. การใช้ม่าน หรือวัสดุทึบ สำหรับใช้ปิดบังบริเวณ “ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร” พร้อม แสดงข้อความ  
“ขณะนี้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ ไม่สามารถจำหน่ายยาในบริเวณนี้ได้”

ชื่อร้าน / บริษัท.....  
ที่ตั้ง.....

- ต้องจัดเตรียมโต๊ะให้คำปรึกษาโดยมีขนาดที่เหมาะสมกับการให้คำปรึกษาแนะนำ พร้อมเก้าอี้นั่ง ๒ ตัว มีพนักพิง ไม่มีล้อเลื่อน สำหรับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ และสำหรับผู้มารับบริการ
- มีป้ายระบุ “ ส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ ” ต้องเป็นป้ายถาวรและไม่ชำรุดได้ง่าย ( ตัวหนังสือควรใช้ตัวพิมพ์ ที่สามารถอ่านออกได้ชัดเจน )

๗.บริเวณ “ส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ”(โต๊ะพร้อมเก้าอี้สำหรับเภสัชกร และผู้มาขอรับคำปรึกษาแนะนำ)

- “ พื้นที่เก็บสำรองยา หรือ ตู้เก็บสำรองยา “ ต้องมีป้ายระบุ เป็นป้ายถาวรและไม่ชำรุดได้ง่าย ลักษณะบริเวณพื้นที่เก็บสำรองยา สามารถจัดเป็นตู้ทึบ หรือชั้นวางยา / พาเลทวางยา (โดยไม่วางยาสัมผัสกับพื้นโดยตรง )
- \*\*\*หมายเหตุ หากจัดไว้บริเวณหน้าร้าน ต้องเป็นตู้ยาปิดทึบ / กรณีจัดเป็นห้องเก็บยาแยก ต้องจัดให้มีชั้นวาง หรือพาเลทวางยา และติดเครื่องปรับอากาศควบคุมอุณหภูมิ

๘.บริเวณ “พื้นที่ห้องเก็บสำรองยา” (ถ้ามี)

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง  
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....  
ที่ตั้ง.....

➤ ป้ายแสดงสถานที่ประกอบการ

- สถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์

สีพื้นป้ายสีแดง ตัวอักษรสีขาว ขนาดตัวอักษรสูงไม่น้อยกว่า ๓ เซนติเมตร ขนาดป้ายไม่น้อยกว่า ๒๐x๗๐ เซนติเมตร (กว้างxยาว)

➤ ป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

- สีพื้นป้ายสีแดง ตัวอักษรสีขาว ขนาดตัวอักษรสูงไม่น้อยกว่า ๓ เซนติเมตร ขนาดป้ายไม่น้อยกว่า ๒๐x๕๐ เซนติเมตร (กว้างxยาว)

- ระบุ นาย/นาง/นางสาว ชื่อ-สกุล ด้านหลังนามสกุลตามด้วย ภ.บ. / สพ.บ.

- ด้านหน้า ชื่อ-สกุล ตีตรูบถ่ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (รูปสี่ ๔x๖ นิ้ว) สวมเสื้อกาวน์สีขาว มีระบุคำว่า “เภสัชกร” และมีตราสภาเภสัชกรรม (ภ.บ.) / สวมเสื้อกาวน์สวมเสื้อกาวน์สีขาว (สพ.บ.)

- ด้านล่างรูปภาพ แสดงเลขที่ใบประกอบ “ ภ. xxxx “ ขนาดไม่น้อยกว่า ๓ เซนติเมตร / สวมเสื้อกาวน์ สวมเสื้อกาวน์สีขาว แสดงเลขที่ใบประกอบ “ xxxx “

\*\*\* ตำแหน่งการแสดงผลป้ายติดบริเวณที่มองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอกอาคาร\*\*\*

๖.ป้ายแสดงสถานที่ประกอบการ และป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

➤ ถ่ายรูปให้เห็นรวมถึงบริเวณที่จัดวางตู้เย็น และบริเวณข้างเคียง

๗.ตู้เย็น

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่ตั้ง.....

- ถังดับเพลิง ขนาดบรรจุไม่น้อยกว่า ๔ กิโลกรัม จัดวางในบริเวณที่เหมาะสม โดยติดตั้งสูงจากพื้นไม่เกินกว่า ๑.๕๐ เมตร และสามารถใช้งานได้สะดวก
- กรณีสถานที่ตั้งอยู่ในอาคารห้างสรรพสินค้า หรือ อาคารสำนักงาน สามารถใช้การอ้างอิงระบบป้องกันอัคคีภัย และอุปกรณ์ดับเพลิงของอาคารได้ เช่น รูปถ่ายสายยางดับเพลิง(Fire hose) หรือ ระบบกระจายน้ำดับเพลิงอัตโนมัติ (sprinklers)

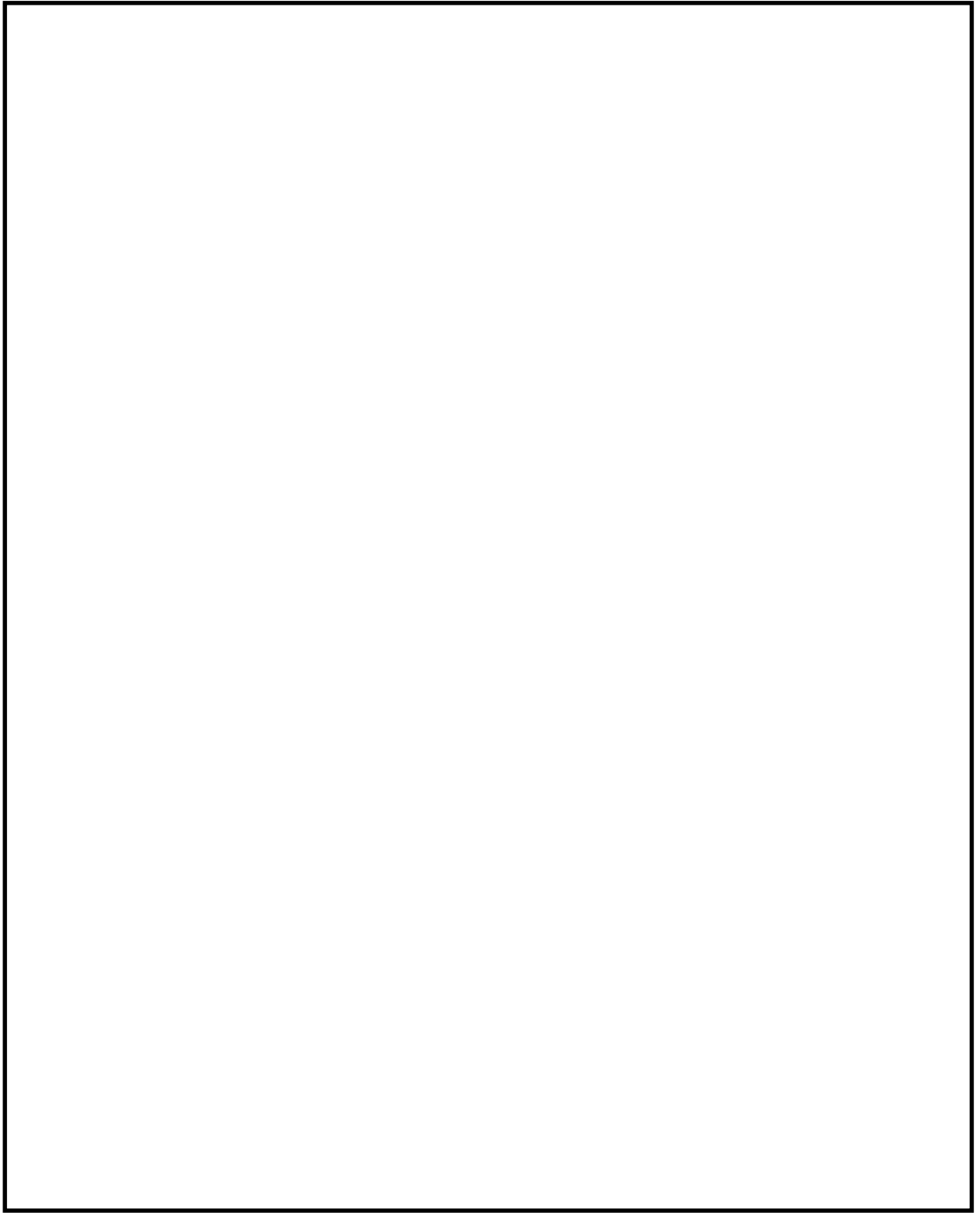
๘. อุปกรณ์สำหรับดับเพลิง

- ถ่ายรูปให้เห็นรวมถึงบริเวณที่จัดวางเครื่องปรับอากาศ และบริเวณข้างเคียง

๙. เครื่องปรับอากาศ

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง  
ลงชื่อ.....

แผนผังภายในของสถานที่.....  
ที่ตั้ง.....

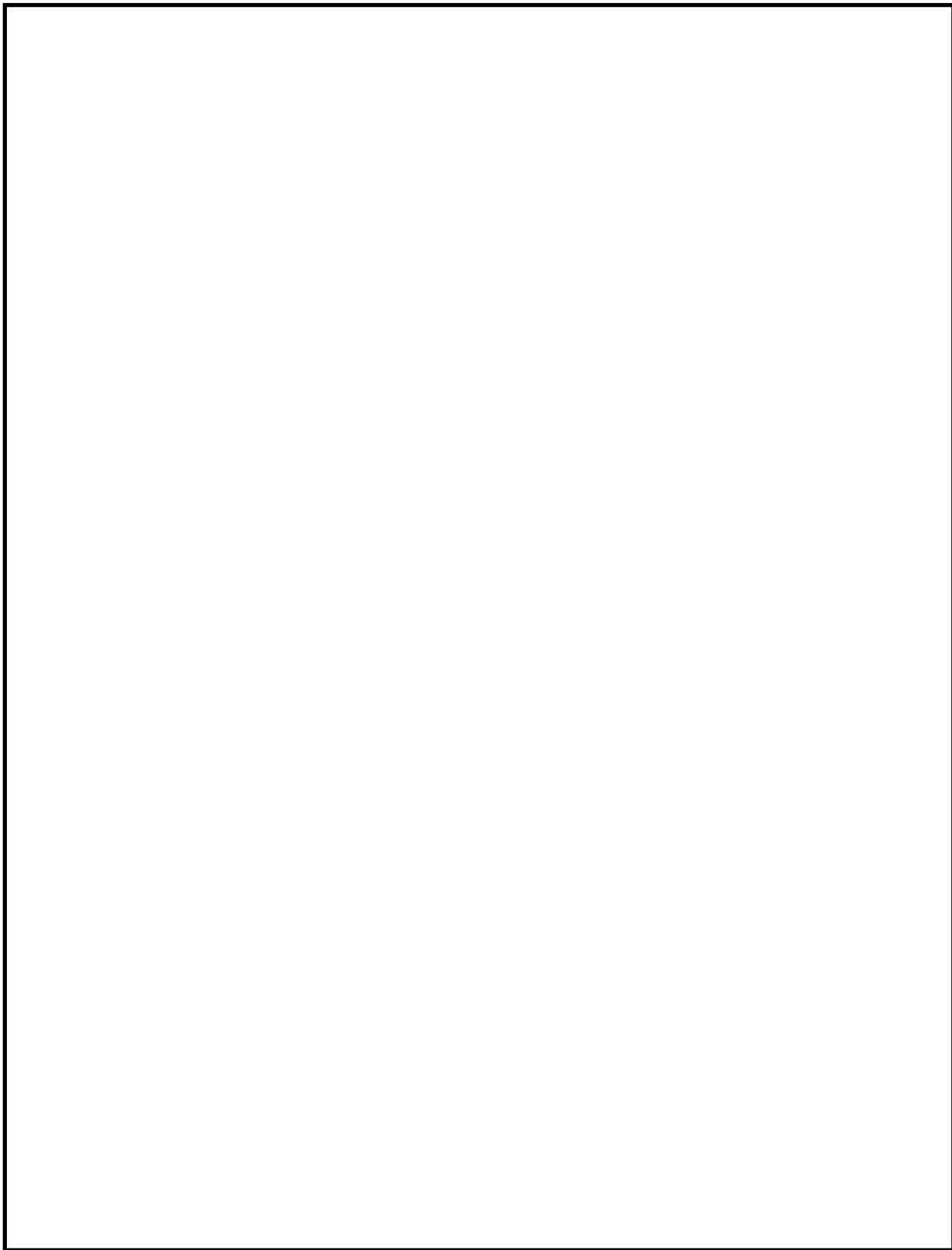


หมายเหตุ : ระบุรายละเอียดพื้นที่สถานที่ขออนุญาต (บริเวณสำนักงาน / ห้องเก็บยา)

หากขาด ต้องลงหมึก

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง  
ลงชื่อ.....

แผนที่ตั้งของสถานที่.....  
ที่ตั้ง.....



หมายเหตุ : ระบุเส้นทางรายละเอียด ถนน/ ซอย ให้เห็นชัดเจน และจุดสังเกตใกล้เคียง

หากวาด ต้องลงหมึก

ขอรับรองว่าเป็นความจริง  
ลงชื่อ.....