

ลำดับคิวตรวจ.....

วันที่รับเรื่อง.....

วันที่นัด.....

เจ้าหน้าที่.....

แบบคำขอตรวจประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน
สำหรับร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.๑)

รายละเอียดผู้ยื่นคำขอ

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....ออกให้ ณ

บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....Email.....

ประสงค์ขอรับการตรวจประเมินสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีทางเภสัชกรรม

ร้านขายยาชื่อ.....ใบอนุญาตเลขที่.....

บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ.....จังหวัด สมุทรปราการ รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....ระยะเวลาทำการร้าน.....

ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการชื่อ.....โทรศัพท์.....

เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการชื่อ.....โทรศัพท์.....

คำรับรอง

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่า จะเตรียมพร้อมรับการตรวจประเมินของผู้ตรวจประเมิน ตามแนวทางการตรวจประเมินตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน
- ข้าพเจ้าขอรับรองว่า สถานที่ขายยาที่ขอรับการตรวจประเมินจะปฏิบัติให้เป็นไปตามเงื่อนไขที่กฎหมายและผู้อนุญาตกำหนด
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า หากมีข้อผิดพลาด ข้อบกพร่อง ไม่เป็นไปตามข้อเท็จจริงที่ได้ยื่นคำขอ หรือไม่สอดคล้องตามเงื่อนไขที่กฎหมาย/ผู้อนุญาตกำหนด หรือไม่มีการแก้ไขข้อบกพร่องตามที่เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจประเมินได้ให้ข้อสังเกต/แนะนำจากการตรวจประเมิน หรือพบความไม่สอดคล้องในภายหลังนั้น จะไม่สามารถใช้ผลการตรวจประเมินดังกล่าวในการยื่นต่ออายุใบอนุญาตได้

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นขอตรวจประเมิน

(.....)

...../...../.....

แบบหลักฐานประกอบการพิจารณา ดังนี้

๑.แบบประเมินตนเอง (Self-Assessment)

๒.บันทึกข้อตกลงการปฏิบัติตาม GPP

๓.สำเนาบัตรประชาชน ผู้ยื่นขอตรวจประเมิน

๔.สำเนาใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันที่ยังไม่หมดอายุ

๕.แผนที่ตั้งร้านยา

๖.กรณีนิติบุคคล ให้แนบสำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน แสดงชื่อผู้มีอำนาจลงนามผูกพันบริษัทฯ

และหนังสือมอบอำนาจให้ผู้ยื่นมาดำเนินการแทน พร้อมสำเนาบัตรประชาชน



เอกสารการขอขึ้นตรวจ GPP

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ/งานยา