

ลำดับคิวตรวจ.....  
วันที่นัด.....

วันที่รับเรื่อง.....  
เจ้าหน้าที่.....

แบบคำขอตรวจประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน  
สำหรับร้านขายยาแผนปัจจุบัน ขย.๒ / ขย.๓ / ขย.๔

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.....ระบุเวลาทำการร้าน.....

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

คำรับรอง

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

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นขอตรวจประเมิน  
(.....)  
...../...../.....

แนบหลักฐานประกอบการพิจารณา ดังนี้

- ๑.แบบบันทึกการประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (GPP) ขย.๒ / ขย.๓ / ขย.๔
- ๒.สำเนาบัตรประชาชน ผู้ยื่นขอตรวจประเมิน
- ๓.สำเนาใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน/ขายส่งยาแผนปัจจุบัน ที่ยังไม่หมดอายุ
- ๔.แผนที่ตั้งร้านยา
- ๕.กรณีนิติบุคคล ให้แนบสำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน แสดงชื่อผู้มีอำนาจลงนามผูกพันบริษัทฯ และหนังสือมอบอำนาจให้ผู้อื่นมาดำเนินการแทน พร้อมสำเนาบัตรประชาชน



เอกสารการขอขึ้นตรวจ GPP