

ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

เรื่อง กำหนดแบบคำขอและใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ ข้อ ๕ ข้อ ๘ ข้อ ๙ ข้อ ๑๕ ข้อ ๑๗ ข้อ ๑๘ และข้อ ๑๙ ของกฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. ๒๕๕๖ ซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม เลขานุการคณะกรรมการอาหารและยา โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการยาในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗ จึงออกประกาศไว้ดังนี้

ข้อ ๑ ผู้ที่ประสงค์จะขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบันให้ยื่นคำขอพร้อมด้วยเอกสารหรือหลักฐาน โดยใช้แบบตามประกาศ ดังต่อไปนี้

(๑) ขายยาแผนปัจจุบัน ให้ยื่นคำขอตามแบบ ข.ย. ๑

(๒) ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษให้ยื่นคำขอตามแบบ ข.ย. ๒

(๓) ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์ ให้ยื่นคำขอตามแบบ ข.ย. ๓

(๔) ขายส่งยาแผนปัจจุบัน ให้ยื่นคำขอตามแบบ ข.ย. ๔

ข้อ ๒ ใบอนุญาตแต่ละประเภท ให้ใช้แบบตามประกาศ ดังต่อไปนี้

(๑) ขายยาแผนปัจจุบัน ให้ใช้แบบ ข.ย. ๕

(๒) ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ ให้ใช้แบบ ข.ย. ๖

(๓) ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์ ให้ใช้แบบ ข.ย. ๗

(๔) ขายส่งยาแผนปัจจุบัน ให้ใช้แบบ ข.ย. ๘

ข้อ ๓ ให้ผู้รับอนุญาตขายยาทุกประเภทจัดทำบัญชีการชื้อยา บัญชีการขายยาและรายงานการขายยาตามความใน ข้อ ๘ (๕) (๖) (๗) (๘) และ (๙) ของกฎกระทรวงในเรื่องนี้ โดยใช้แบบตามประกาศ ดังต่อไปนี้

(๑) จัดทำบัญชีการชื้อยาแต่ละอย่าง ให้ใช้แบบ ข.ย. ๙

(๒) บัญชีขายยาควบคุมพิเศษแต่ละอย่าง ให้ใช้แบบ ข.ย. ๑๐

(๓) บัญชีการขายยาอันตรายเฉพาะรายการที่เลขานุการคณะกรรมการอาหารและยากำหนด ให้ใช้แบบ ข.ย. ๑๑

(๔) บัญชีการขายยาตามใบสั่งยาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ ให้ใช้แบบ ข.ย. ๑๒

(๕) รายงานการขายยาตามประเภทที่เลขานุการคณะกรรมการอาหารและยากำหนด ให้ใช้แบบ ข.ย. ๑๓

ข้อ ๔ คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำสถานที่ขยายแผนปัจจุบันทุกประเภทที่ต้องส่งตามความในข้อ ๙ ของกฎกระทรวงในเรื่องนี้ ให้ใช้แบบ ข.ย. ๑๔ ตามประกาศนี้

ข้อ ๕ ผู้รับอนุญาตที่ประสงค์จะยื่นขอต่ออายุใบอนุญาต ให้ใช้แบบ ข.ย. ๑๕ ตามประกาศนี้

ข้อ ๖ ผู้รับอนุญาตที่ประสงค์จะยื่นคำขอรับใบแทนใบอนุญาต หรือย้ายสถานที่ ให้ใช้แบบ ข.ย. ๑๖ ตามประกาศนี้

ข้อ ๗ ผู้รับอนุญาตที่ประสงค์จะขอเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตตามรายการที่ระบุในข้อ ๑๙ ของกฎกระทรวงนี้ ให้ใช้แบบ ข.ย. ๑๗ ตามประกาศนี้

ข้อ ๘ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับนับแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๗

นายบุญชัย สมบูรณ์สุข

เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

ที่ปิดรูปถ่าย
ผู้รับอนุญาต
ขนาด ๓ x ๔ ซม.

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อ ผู้รับคำขอ

คำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

(ชื่อผู้ขออนุญาต)

มีผู้ดำเนินกิจการ ชื่อ..... (เฉพาะกรณีนิติบุคคล)

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

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

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

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

โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....

ขอรับใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันโดยมีสถานที่ขายยาชื่อ.....

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

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

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

ลักษณะการประกอบการ^(๑)

- ขายปลีก
 ขายส่ง
 ปริญญาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย (เฉพาะขายปลีกเท่านั้น)

^(๑) ให้ตอบมากกว่า ๑ ข้อ ในกรณีมีลักษณะการประกอบการมากกว่าหนึ่งลักษณะโดยการตอบจะมีผลต่อการประเมินความพร้อมของสถานที่ อุปกรณ์ และการดำเนินการตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน เพื่อประกอบการอนุญาต

โดยมีเกสักรชั้น ชื่อ.....

เลขที่บัตรประชาชน

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเกสักรกรรมเลขที่

(ถ้ามีมากกว่าหนึ่งคนให้แจ้งเพิ่มเติมท้ายคำขอนี้จนครบ)

เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา ๓๙ หรือมาตรา ๔๐ แห่งพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐

เวลาทำการ (เวลาปฏิบัติการ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าในระยะเวลาดังกล่าวที่ยื่นคำขอนี้ ข้าพเจ้าไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งที่ขอด้วยกฎหมายให้จำคุกในความผิดที่กฎหมายบัญญัติ ให้ถือเอาการกระทำโดยทุจริตเป็นองค์ประกอบหรือในความผิดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ กฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท กฎหมายว่าด้วยการขายยาหรือพระราชบัญญัตินี้

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

- (๑) รูปถ่ายของผู้ขออนุญาต ขนาด ๓ x ๔ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป
- (๒) เอกสารแสดงการเป็นเจ้าของกิจการและหลักทรัพย์
- (๓) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต (กรณีบุคคลธรรมดาเป็นผู้ขออนุญาต) หรือ ผู้ดำเนินกิจการ (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)
- (๔) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับรองว่าผู้ขออนุญาตไม่เป็นโรคตามมาตรา ๑๔ (๖) แห่งพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐
- (๕) สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและเกสักร ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต
- (๖) สำเนาหรือรูปถ่ายใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเกสักรกรรมของเกสักรทุกคน ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต
- (๗) เอกสารแสดงว่าเป็นผู้ดำเนินกิจการ (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)
- (๘) เอกสารอื่น ๆ (ถ้าจำเป็น)

(ลายมือชื่อ).....ผู้ขออนุญาต

(.....) (ตัวบรรจง)

ที่ปิดรูปถ่าย
ผู้รับอนุญาต
ขนาด ๓ x ๔ ซม.

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำขอ

คำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน
เฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

(ชื่อผู้ขออนุญาต)

มีผู้ดำเนินการ ชื่อ..... (เฉพาะกรณีนิติบุคคล)

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

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

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

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

โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....

ขอรับใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ โดยมีสถานที่ขายยา
ชื่อ.....

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

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

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

โดยมี ผู้ประกอบวิชาชีพ
ชื่อ

เลขที่บัตรประชาชน

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ..... เลขที่.....

ผู้ได้รับการอบรมตามมาตรา ๔๘ แห่งพระราชบัญญัติฯ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๒๒
ชื่อ

เลขที่บัตรประชาชน

หนังสือรับรองการอบรมตามมาตรา ๔๘ แห่งพระราชบัญญัติฯ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๒๒ เลขที่.....
(ถ้าประเภทใดมีมากกว่าหนึ่งคนให้แจ้งเพิ่มเติมไว้ท้ายคำขอนี้จนครบ)

เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา ๔๑ แห่งพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐

เวลาทำการ (เวลาปฏิบัติการ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าในระยะเวลาสองปีก่อนยื่นคำขอนี้ ข้าพเจ้าไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งที่ขบด้วยกฎหมายให้จำคุกในความผิดที่กฎหมายบัญญัติให้ถือเอาการกระทำโดยทุจริตเป็นองค์ประกอบหรือในความผิดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ กฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท กฎหมายว่าด้วยการขายยาหรือพระราชบัญญัตินี้

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

- (๑) รูปถ่ายของผู้ขออนุญาต ขนาด ๓ x ๔ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป
- (๒) เอกสารแสดงการเป็นเจ้าของกิจการและหลักทรัพย์
- (๓) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต หรือผู้แทนหรือผู้จัดการนิติบุคคล
- (๔) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับรองว่าผู้ขออนุญาตไม่เป็นโรคตามมาตรา ๑๔ (๖) แห่งพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐
- (๕) สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและผู้ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต
- (๖) สำเนาหรือรูปถ่ายใบอนุญาตประกอบวิชาชีพของผู้ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต หรือสำเนาเอกสารแสดงว่าเป็นผู้สำเร็จหลักสูตรการอบรมตามมาตรา ๔๘ แห่งพระราชบัญญัติฯ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๒๒
- (๗) เอกสารแสดงว่าเป็นผู้ดำเนินกิจการ (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)
- (๘) เอกสารอื่น ๆ (ถ้าจำเป็น)

(ลายมือชื่อ).....ผู้ขออนุญาต

(.....) (ตัวบรรจง)

ที่ปิดรูปถ่าย
ผู้รับอนุญาต
ขนาด ๓ x ๔ ซม.

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำขอ

คำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน
เฉพาะยาบรรจุกสำเร็จสำหรับสัตว์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

(ชื่อผู้ขออนุญาต)

มีผู้ดำเนินกิจการ ชื่อ..... (เฉพาะกรณีนิติบุคคล)

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

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

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

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

โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....

ขอรับใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุกสำเร็จสำหรับสัตว์โดยมีสถานที่ขายยาชื่อ.....

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

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

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

โดยมี เกสัชกร ชั้น
ชื่อ

เลขที่บัตรประชาชน

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมเลขที่

ผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ ชั้น สาขา.....
ชื่อ

เลขที่บัตรประชาชน

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์เลขที่.....

(ถ้าประเภทใดมีมากกว่าหนึ่งคนให้แจ้งเพิ่มเติมไว้ท้ายคำขอนี้จนครบ)

เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา ๔๒ หรือมาตรา ๔๓ แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

เวลาทำการ (เวลาปฏิบัติการ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าในระยะเวลาสองปีก่อนยื่นคำขอนี้ 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 ให้อนุญาตเฉพาะ ผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นสอง สาขาอายุรกรรมเท่านั้น

ที่ปิดรูปถ่าย
ผู้รับอนุญาต
ขนาด ๓ x ๔ ซม.

เลขรับที่

วันที่

ลงชื่อ ผู้รับคำขอ

คำขออนุญาตขายส่งยาแผนปัจจุบัน

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า

(ชื่อผู้ขออนุญาต)

มีผู้ดำเนินกิจการ ชื่อ (เฉพาะกรณีนิติบุคคล)

เลขที่บัตรประชาชน อายุ ปี สัญชาติ

อยู่เลขที่ ตรอก / ซอย ถนน

หมู่ที่ ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

โทรศัพท์มือถือ E-mail

ขอรับใบอนุญาตขายส่งยาแผนปัจจุบันโดยมีสถานที่ขายยาชื่อ

อยู่เลขที่ ตรอก / ซอย ถนน

หมู่ที่ ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ

ลักษณะการประกอบการ ^(๑)

- ขายส่งยาสำเร็จรูป
- ขายส่งเภสัชเคมีภัณฑ์

^(๑) ให้ตอบมากกว่า ๑ ข้อ ในกรณีมีลักษณะการประกอบการมากกว่าหนึ่งลักษณะโดยการตอบจะมีผลต่อการประเมินความพร้อมของสถานที่ อุปกรณ์ และการดำเนินการตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน เพื่อประกอบการอนุญาต

โดยมี เกษัชกร ชั้น ชื่อ

เลขที่บัตรประชาชน

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเกษตรกรรมเลขที่

(ถ้ามีมากกว่าหนึ่งคนให้แจ้งเพิ่มเติมท้ายคำขอนี้จนครบ)

เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา ๔๐ (ทวิ) แห่งพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐

เวลาทำการ (เวลาปฏิบัติการ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าในระยะเวลาสองปีก่อนยื่นคำขอนี้ ข้าพเจ้าไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุด หรือคำสั่งที่ขอบด้วยกฎหมายให้จำคุกในความผิดที่กฎหมายบัญญัติ ให้ถือเอาการกระทำโดยทุจริตเป็นองค์ประกอบ หรือในความผิดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ กฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท กฎหมายว่าด้วยการขายยาหรือพระราชบัญญัตินี้

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

- (๑) รูปถ่ายของผู้ขออนุญาต ขนาด ๓ x ๔ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป
- (๒) เอกสารแสดงการเป็นเจ้าของกิจการและหลักทรัพย์
- (๓) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต (กรณีบุคคลธรรมดาเป็นผู้ขออนุญาต) หรือ ผู้ดำเนินกิจการ (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)
- (๔) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับรองว่าผู้ขออนุญาตไม่เป็นโรคตามมาตรา ๑๔ (๖) แห่งพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐
- (๕) สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและเกษัชกร ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต
- (๖) สำเนาหรือรูปถ่ายใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเกษตรกรรมของเกษัชกรทุกคน ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต
- (๗) เอกสารแสดงว่าเป็นผู้ดำเนินกิจการ (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)
- (๘) เอกสารอื่น ๆ (ถ้าจำเป็น)

(ลายมือชื่อ) ผู้ขออนุญาต

(.....)(ตัวบรรจง)

ที่ปิดรูปถ่าย
ผู้รับอนุญาต
ขนาด ๓ x ๔ ซม.



- ชายปลีก
- ชายส่ง
- ประยูรสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย

ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

ใบอนุญาตที่/.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

.....

โดยมี

เลขที่บัตรประชาชน เป็นผู้ดำเนินการ เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับอนุญาต

ขายยาแผนปัจจุบัน ณ สถานที่ขายยา ชื่อ

อยู่เลขที่ ตรอก / ซอย ถนน

หมู่ที่ ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ

โดยมี เกสักรชั้น ชื่อ

เลขที่บัตรประชาชน ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

เลขที่

เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติตามมาตรา ๓๙ หรือมาตรา ๔๐ แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

เวลาทำการ (เวลาปฏิบัติการ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ)

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. และให้ใช้ได้เฉพาะสถานที่ขายยาที่ระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ให้ไว้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

(ลายมือชื่อ)

ตำแหน่ง

ผู้อนุญาต

การต่ออายุ ครั้งที่ ๑

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.

(ลายมือชื่อ)

ผู้อนุญาต

ตำแหน่ง

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

การต่ออายุ ครั้งที่ ๒

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.

(ลายมือชื่อ)

ผู้อนุญาต

ตำแหน่ง

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

การต่ออายุ ครั้งที่ ๓

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.

(ลายมือชื่อ)

ผู้อนุญาต

ตำแหน่ง

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

รายการแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาต

ที่ปิดรูปถ่าย
ผู้รับอนุญาต
ขนาด ๓ x ๔ ซม.



ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน
เฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ

ใบอนุญาตที่/.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

โดยมี

เลขที่บัตรประชาชน เป็นผู้ดำเนินการ เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับอนุญาตขายยา

แผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ ณ สถานที่ขายยา ชื่อ

อยู่เลขที่ ตรอก / ซอย ถนน

หมู่ที่ ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ

โดยมี เกสัชกรชั้น ชื่อ

เลขที่บัตรประชาชน ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

เลขที่

ผู้ประกอบวิชาชีพ ชื่อ

เลขที่บัตรประชาชน ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

เลขที่

ผู้ได้รับการอบรมตามมาตรา ๔๘ แห่งพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๒๒

ชื่อ เลขที่บัตรประชาชน

หนังสือรับรองเลขที่

เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา ๔๑ แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

เวลาทำการ (เวลาปฏิบัติการ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ)

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. และให้ใช้ได้เฉพาะสถานที่ขายยาที่ระบุไว้ใน

ใบอนุญาตเท่านั้น

ให้ไว้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

(ลายมือชื่อ)

ตำแหน่ง

ผู้อนุญาต

การต่ออายุ ครั้งที่ ๑

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง

วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.

(ลายมือชื่อ)

ผู้อนุญาต

ตำแหน่ง

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

การต่ออายุ ครั้งที่ ๒

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง

วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.

(ลายมือชื่อ)

ผู้อนุญาต

ตำแหน่ง

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

การต่ออายุ ครั้งที่ ๓

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง

วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.

(ลายมือชื่อ)

ผู้อนุญาต

ตำแหน่ง

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

รายการแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาต

ที่ปิดรูปถ่าย
ผู้รับอนุญาต
ขนาด ๓ x ๔ ซม.



ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน
เฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์

ใบอนุญาตที่ /

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

โดยมี

เลขที่บัตรประชาชน เป็นผู้ดำเนินกิจการ เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับอนุญาต

ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์ ณ สถานที่ขายยา ชื่อ

อยู่เลขที่ ตรอก / ซอย ถนน

หมู่ที่ ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ

โดยมี เกสัชกรชั้น ชื่อ

เลขที่บัตรประชาชน ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

เลขที่

ผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้น สาขา

ชื่อ

เลขที่บัตรประชาชน ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์

เลขที่

เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา ๔๒ หรือมาตรา ๔๓ แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

เวลาทำการ (เวลาปฏิบัติการ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ)

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. และให้ใช้ได้เฉพาะสถานที่ขายยาที่ระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ให้ไว้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

(ลายมือชื่อ)

ตำแหน่ง

ผู้อนุญาต

การต่ออายุ ครั้งที่ ๑

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.

(ลายมือชื่อ)

ผู้อนุญาต

ตำแหน่ง

..... / /

การต่ออายุ ครั้งที่ ๒

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.

(ลายมือชื่อ)

ผู้อนุญาต

ตำแหน่ง

..... / /

การต่ออายุ ครั้งที่ ๓

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.

(ลายมือชื่อ)

ผู้อนุญาต

ตำแหน่ง

..... / /

รายการแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาต

ที่ปิดรูปถ่าย
ผู้รับอนุญาต
ขนาด ๓ x ๔ ซม.



- ขายส่งยาสำเร็จรูป
- ขายส่งเภสัชเคมีภัณฑ์

ใบอนุญาตขายส่งยาแผนปัจจุบัน

ใบอนุญาตที่ /

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

.....

โดยมี

เลขที่บัตรประชาชน เป็นผู้ดำเนินการ เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับอนุญาต

ขายส่งยาแผนปัจจุบัน ณ สถานที่ขายยา ชื่อ

อยู่เลขที่ ตรอก / ซอย ถนน.....

หมู่ที่ ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต.....

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

โดยมี เกษีกรชั้น..... ชื่อ.....

เลขที่บัตรประชาชน ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

เลขที่.....

เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา ๔๐ (ทวิ) แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

เวลาทำการ (เวลาปฏิบัติการ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ)

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. และให้ใช้ได้เฉพาะสถานที่ขายยาที่ระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ให้ไว้ ณ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

(ลายมือชื่อ)

ตำแหน่ง.....

ผู้อนุญาต

การต่ออายุ ครั้งที่ ๑

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.

(ลายมือชื่อ).....

ผู้อนุญาต

ตำแหน่ง

..... / /

การต่ออายุ ครั้งที่ ๒

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.

(ลายมือชื่อ).....

ผู้อนุญาต

ตำแหน่ง

..... / /

การต่ออายุ ครั้งที่ ๓

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.

(ลายมือชื่อ).....

ผู้อนุญาต

ตำแหน่ง

..... / /

รายการแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาต

บัญชีการซื้อยา

(ชื่อสถานที่ขายยา)

ลำดับที่	วัน เดือน ปี ที่ซื้อ	ชื่อผู้ขาย	ชื่อยา	เลขที่หรืออักษร ของครั้งที่ผลิต	จำนวน / ปริมาณ	ลายมือชื่อ ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	หมายเหตุ

บัญชีการขายยาควบคุมพิเศษ

(ชื่อสถานที่ขายยา)

ชื่อยา

ชื่อผู้ผลิต / ผู้นำเข้า..... เลขที่หรืออักษรของครั้งที่ผลิต..... ขนาดบรรจุ.....

ได้มาจาก..... จำนวนรับ..... วันที่รับ.....

ลำดับที่	วัน เดือน ปี ที่ขาย	จำนวน / ปริมาณที่ขาย	ชื่อ - สกุล ผู้ซื้อ	ลายมือชื่อ ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	หมายเหตุ

บัญชีการขายยาอันตราย เฉพาะรายการยาที่เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยากำหนด

 (ชื่อสถานที่ขายยา)

ชื่อยา

ชื่อผู้ผลิต / ผู้นำเข้า เลขที่หรืออักษรของครั้งที่ผลิต ขนาดบรรจุ

ได้มาจาก จำนวนรับ วันที่รับ

ลำดับที่	วัน เดือน ปี ที่ขาย	จำนวน / ปริมาณ ที่ขาย	ชื่อ - สกุล ผู้ซื้อ	ลายมือชื่อ ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	หมายเหตุ

รายงานการขายยาตามที่เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยากำหนด

.....
(ชื่อ ที่อยู่ สถานที่ขายยา)

ชื่อยา เลขทะเบียนตำรับยา.....

ชื่อผู้ผลิต / ผู้นำเข้า..... เลขที่หรืออักษรของครั้งที่ผลิต..... ขนาดบรรจุ.....

ได้มาจาก..... จำนวนรับ..... วันที่รับ.....

ลำดับที่	วัน เดือน ปี ที่ขาย	จ่ายไปให้		จำนวน / ปริมาณ		หมายเหตุ
		ชื่อและที่อยู่	ประเภท	ขาย (หน่วยนับ)	คงเหลือ (หน่วยนับ)	

(ลายมือชื่อ)ผู้รับอนุญาต

(ลายมือชื่อ)ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

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

(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



(.....)
ตำแหน่ง

เฉพาะกรณีที่เภสัชกรไม่ได้รับราชการ หรือ ทำงานประจำ (ให้กรอกข้อความ อ่านและลงนามข้างล่างนี้)

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า ข้าพเจ้า**ไม่**ได้รับราชการหรือทำงานประจำที่ใด
ทั้งนี้ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญารฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

ลงชื่อ
(.....)
เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ

- คำขอต่ออายุใบอนุญาต
- ขยายแผนปัจจุบัน
- ขยายสัญญาแผนปัจจุบัน
- ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่
ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
- ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า

(ชื่อผู้รับอนุญาต)

มีผู้ดำเนินการ ชื่อ (เฉพาะกรณีนิติบุคคล)

เลขที่บัตรประชาชน ได้รับอนุญาตให้ขยายยา.....

ใบอนุญาตเลขที่..... ณ สถานที่ขยายยาชื่อ.....

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

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

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

ขอต่ออายุใบอนุญาตดังกล่าว เพื่อใช้ต่อไปในปี พ.ศ.

ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามมาตรา ๑๔ ของพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ ซึ่งไม่เป็นบุคคลล้มละลาย และ
ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

- (๑) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับรองว่าผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินการสุขภาพแข็งแรงและ
ไม่เป็นโรคตามมาตรา ๑๔ (๖) แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐
- (๒) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับรองว่าผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการมีสุขภาพแข็งแรงสามารถประกอบวิชาชีพ
ได้
- (๓) ใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแผนปัจจุบันหรือใบแทน
- (๔) เอกสารแสดงว่าผู้ดำเนินการซึ่งเป็นผู้แทนหรือผู้จัดการนิติบุคคลของนิติบุคคล (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)
- (๕) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับอนุญาต
- (๖) คำรับรองตามแบบ ข.ย. ๑๔ พร้อมเอกสารประกอบ
- (๗) ผลการตรวจประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน
- (๘) เอกสารอื่น ๆ (ถ้าจำเป็น)

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)(ตัวบรรจง)

หมายเหตุ :- ใส่เครื่องหมาย ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

เลขรับที่
วันที่.....
ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ

- คำขอ
- ใบแทนใบอนุญาต ขยายแผนปัจจุบัน
 - ย้ายสถานที่ ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
 - ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า

(ชื่อผู้รับอนุญาต)

มีผู้ดำเนินการ ชื่อ..... (เฉพาะกรณีนิติบุคคล)

เลขที่บัตรประชาชน ได้รับอนุญาตให้ขยาย.....

ใบอนุญาตเลขที่.....ณ สถานที่ขยายชื่อ.....

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

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

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

มีความประสงค์ขอ

ใบแทนใบอนุญาตขยาย เนื่องจาก..... (ระบุเหตุที่ขอรับใบแทน)

ย้ายสถานที่ขยายชื่อ.....

ไปอยู่เลขที่..... ตรอก / ซอย ถนน.....

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

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

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

<input type="checkbox"/> หลักฐานประกอบคำขอใบแทนใบอนุญาต (๑) รูปถ่ายของผู้ขออนุญาต หรือผู้แทนหรือผู้จัดการนิติบุคคล ขนาด ๓ x ๔ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป (๒) ใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแผนปัจจุบัน (ถ้ามี) (๓) ใบรับแจ้งความของสถานีตำรวจแห่งท้องที่ที่ใบอนุญาตนั้น สูญหายมาด้วย (๔) ใบอนุญาตใบเดิม (กรณีที่ใบอนุญาตถูกทำลายในสาระสำคัญ)	<input type="checkbox"/> หลักฐานประกอบคำขอย้ายสถานที่ (๑) ใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแผนปัจจุบันหรือใบแทน (๒) แบบแปลนแผนผังสิ่งปลูกสร้างของสถานที่ขยายแห่งใหม่ (๓) เอกสารอื่นถ้าจำเป็น
--	---

(ลายมือชื่อ).....ผู้ขออนุญาต
(.....)(ตัวบรรจง)

หมายเหตุ :- ใส่เครื่องหมาย ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

เลขรับที่
วันที่.....
ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า

(ชื่อผู้รับอนุญาต)

มีผู้ดำเนินการ ชื่อ..... (เฉพาะกรณีนิติบุคคล)

เลขที่บัตรประชาชน

- ได้รับอนุญาตให้
- ขายยาแผนปัจจุบัน
 - ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสำเร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
 - ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสำเร็จสำหรับสัตว์
 - ขายส่งยาแผนปัจจุบัน

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

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

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

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

ขอเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต ดังต่อไปนี้

.....

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

- (๑) ใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาหรือใบแทน
- (๒) เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)(ตัวบรรจง)

(ลายมือชื่อ).....ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

(.....)(ตัวบรรจง)