

NEW

ระบบสถานที่ด้านยา



SKYNET

เปิดให้ใช้งาน

12 มิถุนายน 2566

ระบบยื่นคำขอออนไลน์
e-submission



0-2591-3312-3, 0-2590-7191



drug-smarthelp@fda.moph.go.th

NEWS Update 06/07/2566



<https://drug.fda.moph.go.th/>

อ้างอิง ประกาศ เลขที่ สร 1009/ว556 ลงวันที่ 24 เมษายน 2566

เรียนผู้ประกอบการทุกท่าน

ที่มีความประสงค์ยื่นคำขอสถานประกอบการรายใหม่และ
แก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตผลิต/นำสั่ง/ขาย



Update Link (New Website) 06/07/2566



OpenID Link โอเพน ไอดี



Skynet Link ระบบสถานที่ด้านยา



YouTube Link วิดีโอสอนการใช้งาน



Update Link (New Website) 06/07/2566



Introduction Link คำแนะนำแนวทาง



Update Link (New Website) 06/07/2566



Guideline Link คู่มือการใช้งาน

หนังสือแจ้งความประสงค์ กรณีผู้ดำเนินการขอใช้งานระบบด้วยตนเอง

เขียนที่.....

วันที่

เรื่อง ขอเข้าใช้ระบบสารสนเทศของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในส่วนของระบบงานด้านยา

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี (ผู้อำนวยการกองยา)

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาใบอนุญาต (กรณีรายใหม่ ไม่ต้อง)

๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ใช้งาน

๓. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ใช้งาน

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....เลขบัตรประชาชน.....

ในฐานะผู้ดำเนินการตามใบอนุญาต เลขที่.....ชื่อผู้รับอนุญาต.....

เลขทะเบียนนิติบุคคล.....ที่อยู่ตามใบอนุญาต.....

มีความประสงค์ขอเข้าใช้ระบบสารสนเทศของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในส่วนของระบบงานด้านยา

รายละเอียดดังนี้

ระบบผลิตภัณฑ์ยา

ระบบเภสัชเคมีภัณฑ์

ระบบ Th eCTD portal

ระบบรายงานประจำปี () สำหรับผู้บันทึกข้อมูล () สำหรับเภสัชกรผู้ตรวจสอบรายงาน

ระบบ FDA Reporter () สำหรับผู้บันทึกข้อมูล () สำหรับเภสัชกรผู้ตรวจสอบรายงาน

ระบบ สถานที่ด้านยา (/) ใบอนุญาตด้านยา () GMP Clearance

ระบบยาวิจัย

ทั้งนี้ข้าพเจ้ารับทราบและยินดีปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการเข้าใช้ระบบงานด้านยาและได้แนบเอกสารประกอบครบถ้วนแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ..... ผู้ขอใช้ระบบ

()

ตำแหน่ง.....

ประทับตราบริษัท(ถ้ามี)

หนังสือแจ้งความประสงค์ กรณีผู้รับมอบอำนาจขอใช้งานระบบ

เขียนที่.....

วันที่

เรื่อง ขอเข้าใช้ระบบสารสนเทศของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในส่วนของระบบงานด้านยา

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี (ผู้อำนวยการกองยา)

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาใบอนุญาต (กรณีรายใหม่ ไม่ต้อง)

๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

๓. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอใช้งานหรือผู้รับมอบอำนาจ

๔. หนังสือมอบอำนาจซึ่งปิดอากรแสตมป์ ๓๐ บาท

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....เลขบัตรประชาชน.....

ในฐานะผู้ดำเนินการตามใบอนุญาต เลขที่.....ชื่อผู้รับอนุญาต.....

เลขทะเบียนนิติบุคคล.....ที่อยู่ตามใบอนุญาต.....

มีความประสงค์และยินยอมให้(นาย/นาง/นางสาว).....เลขบัตรประชาชน.....

เป็นผู้รับมอบอำนาจ ในการเข้าใช้และดำเนินการตามระบบงานด้านยา รายละเอียดดังนี้

ระบบผลิตภัณฑ์ยา

ระบบเภสัชเคมีภัณฑ์

ระบบ Th eCTD portal

ระบบรายงานประจำปี () สำหรับผู้บันทึกข้อมูล () สำหรับเภสัชกรผู้ตรวจสอบรายงาน

ระบบ FDA Reporter () สำหรับผู้บันทึกข้อมูล () สำหรับเภสัชกรผู้ตรวจสอบรายงาน

ระบบ สถานที่ด้านยา (/) ใบอนุญาตด้านยา () GMP Clearance

ระบบยาวิจัย

ทั้งนี้การใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำภายใต้ขอบเขตแห่งการยินยอมนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบและมีผลผูกพัน
ข้าพเจ้าทุกประการ อีกทั้งข้าพเจ้ารับทราบและยินดีปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการเข้าใช้ระบบงานด้านยาโดยจะ
กำกับให้ผู้รับมอบอำนาจทราบและปฏิบัติตามด้วยเช่นกัน อนึ่งข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบครบถ้วนแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ..... ผู้มอบอำนาจที่ขอใช้ระบบ

()

ตำแหน่ง.....

ประทับตราบริษัท(ถ้ามี)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....
วันที่

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....
เลขบัตรประชาชน.....ในฐานะผู้ดำเนินการ ตามใบอนุญาต เลขที่.....
ชื่อผู้รับอนุญาต..... เลขทะเบียนนิติบุคคล.....
ที่อยู่ตามใบอนุญาต.....
ขอมอบอำนาจให้ (นาย/นาง/นางสาว)..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
เป็นผู้มีอำนาจ ในการเข้าใช้ระบบสารสนเทศของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในส่วนของระบบงานด้านยา
รายละเอียดดังนี้

ระบบผลิตภัณฑ์ยา

ระบบเภสัชเคมีภัณฑ์

ระบบ Th eCTD portal

ระบบรายงานประจำปี () สำหรับผู้บันทึกข้อมูล () สำหรับเภสัชกรผู้ตรวจสอบรายงาน

ระบบ FDA Reporter () สำหรับผู้บันทึกข้อมูล () สำหรับเภสัชกรผู้ตรวจสอบรายงาน

ระบบ สถานที่ด้านยา (/) ใบอนุญาตด้านยา () GMP Clearance

ระบบยาวิจัย

ได้ตั้งแต่วันที่..... จนถึง

ข้าพเจ้าขอให้สัญญาว่าการกระทำใด ๆ ที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำลงไปภายใต้เงื่อนไขของหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้ ให้ถือเสมือนหนึ่งว่าข้าพเจ้าได้กระทำการนั้นด้วยตัวข้าพเจ้าเองทุกประการ และหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้เป็นการมอบอำนาจให้เฉพาะเพื่อดำเนินการตามที่ระบุไว้ข้างต้นเท่านั้น จึงได้ลงลายมือชื่อต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐาน

ติดอากรแสตมป์ ๓๐ บาท

ลงชื่อ..... ผู้มอบอำนาจ
()

ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอำนาจ
()

ลงชื่อ..... พยาน
()

ลงชื่อ..... พยาน
()

ชุดคำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

เฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

โทร 077-283703 หรือ 077-272784

Email : drugsurat@gmail.com

เอกสารที่ผู้ขออนุญาตหรือผู้ดำเนินการต้องเตรียม

[] บุคคลธรรมดา

- [] คำขออนุญาต (ข.ย.3)
- [] รูปถ่ายของผู้ขออนุญาต ขนาด 3 x 4 ซม. 3 รูป (รูปถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)
- [] สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาตพร้อมตัวจริง
 - หนังสือขออนุญาตทำงานที่ออกโดยกระทรวงแรงงานฯ และหนังสือเดินทาง (บุคคลต่างด้าว)
- [] สำเนาบัตรประชาชนของผู้ขออนุญาตพร้อมตัวจริง
- [] ใบรับรองแพทย์ของผู้ขออนุญาต (ระบุโรคต้องห้ามตามกฎหมายกระทรวง ได้แก่ โรคเรื้อน, วัณโรคในระยะอันตราย, โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม, โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง, โรคพิษสุราเรื้อรัง)
- [] สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ จำนวน 3 ชุด
- [] หลักทรัพย์ (สมุดเงินฝากหรือโฉนดที่ดิน) สมุดเงินฝากจำนวนเงินตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป หรือ
 - หนังสือรับรองเงินฝากจากสถาบันการเงิน ไม่นานเกิน 3 เดือน หรือ
 - สำเนาโฉนดที่ดินที่ไม่ติดภาระผูกพันพร้อมตัวจริง
- [] สัญญาเช่า (กรณีเช่าสถานที่) หรือหนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่
- [] สำเนาบัตรประชาชนของเจ้าของสถานที่ที่ให้เช่าหรือยินยอม ฯ
- [] สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ที่ขออนุญาต
 - กรณีทะเบียนบ้านไม่มีผู้อาศัย (ทะเบียนบ้านลอย)
 - [] สำเนาสัญญาซื้อ-ขายสิ่งปลูกสร้าง ฯ
 - หรือ [] สำเนาใบอนุญาตก่อสร้าง ฯ
 - หรือ [] สำเนาเอกสารอ้างกรรมสิทธิ์
- [] หนังสือมอบอำนาจ ถ้าผู้ขออนุญาตหรือผู้ดำเนินการไม่สามารถมาติดต่อด้วยตนเอง พร้อมอากรแสตมป์ 10 บาท

2. เอกสารที่ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องเตรียม

- [] คำรับรอง (แบบ ข.ย. 14) ต้องมาเซ็นชื่อต่อหน้าเจ้าหน้าที่
- [] ใบประกอบโรคศิลปะพร้อมสำเนา และต้องผ่านการรับรองจากสภาเภสัชกรรม
- [] สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประชาชน

3. อื่น ๆ

- [] รูปถ่าย แผนที่ แผนผัง ของสถานที่ที่ขออนุญาต จำนวน 2 ชุด (ตามแบบ)
- [] ค่าธรรมเนียมใบอนุญาต จำนวน 1,000 บาท ชำระเงินในวันที่รับใบอนุญาต

[] บริษัทหรือห้างหุ้นส่วนจำกัด

- [] คำขออนุญาต (ข.ย.3)
- [] รูปถ่ายของผู้ดำเนินการ ขนาด 3 x 4 ซม. 3 รูป (รูปถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)
- [] สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดำเนินการพร้อมตัวจริง
 - หนังสือขออนุญาตทำงานที่ออกโดยกระทรวงแรงงานฯ และหนังสือเดินทาง (บุคคลต่างด้าว)
- [] สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดำเนินการพร้อมตัวจริง
- [] ใบรับรองแพทย์ของผู้ดำเนินการ (ระบุโรคต้องห้ามตามกฎหมายกระทรวง ได้แก่ โรคเรื้อน, วัณโรคในระยะอันตราย, โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม, โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง, โรคพิษสุราเรื้อรัง)
- [] สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ จำนวน 3 ชุด
- [] หนังสือรับรองจดทะเบียนพร้อมวัตถุประสงค์
- [] หนังสือมอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ (ตามแบบ) ติดอากรแสตมป์ 30 บาท
- [] สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประชาชนของกรรมการผู้ลงนามแต่งตั้ง ฯ
- [] สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ที่ขออนุญาต

กรณีเข้าสถานที่ของหน่วยงานของทางราชการหรือเอกชน เช่น

- | | | |
|----------------------------------|---|-------------------|
| - การเคหะแห่งชาติ | } | หน่วยงานของราชการ |
| - ที่ทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ | | |
| - สถานที่ของวัด | | |
| - ฯลฯ | | |
|
 | | |
| - ห้างสรรพสินค้า | } | เอกชน |
| - คอนโดมิเนียม | | |
| - อาคารชุด | | |
| - ฯลฯ | | |


ให้ใช้หลักฐานของผู้มีอำนาจหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายกระทำการแทน และประทับตรารับรองของหน่วยงานนั้นๆ กรณีที่มีใบเสร็จชำระเงินค่าเช่า ให้แนบหลักฐานมาด้วย

- หมายเหตุ
1. กรณีที่ผู้ขออนุญาต หรือ ผู้ดำเนินกิจการเป็นคนต่างชาติด เอกสารที่ใช้ประกอบในการยื่นคำขอ จะต้องมืหนังสือขออนุญาตทำงานที่ออกโดยกระทรวงแรงงานฯ และหนังสือเดินทาง
 2. เพื่อสะดวกในการตรวจสอบเอกสารและนำเสนอขออนุมัติ โปรดจัดเรียงเอกสารให้เรียบร้อย และกรอกรายละเอียดที่ตั้ง หมายเลขโทรศัพท์ รหัสไปรษณีย์ ให้ชัดเจน อ่านง่ายเพื่อติดต่อกลับ
 3. ห้ามใช้ตู้คอนเทนเนอร์ในการขออนุญาตเพื่อประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา
 4. รูปถ่ายสถานที่ให้ใช้เป็นกระดาษโฟโต้เท่านั้น

ข้อความที่แสดงในป้าย	สีพื้น	สีตัวอักษร	ขนาดป้าย	ความสูงของตัวอักษร
1. สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน	น้ำเงิน	ขาว	ไม่ต่ำกว่า 20x70 ซม.	ไม่ต่ำกว่า 3 ซม.
2. สถานที่ขายส่งยาแผนปัจจุบัน	น้ำเงิน	ขาว	"	"
3. สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน เฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยา อันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ	เขียว	ขาว	"	"
4. สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน เฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์	แดง	ขาว	"	"
5. สถานที่ขายยาแผนโบราณ	เขียว	ขาว	"	"
6. สถานที่ผลิตยาแผนปัจจุบัน	เขียว	ขาว	"	"
7. สถานที่ผลิตยาแผนโบราณ	เขียว	ขาว	"	"
8. สถานที่นำหรือส่งยาแผน โบราณเข้ามาในราชอาณาจักร	เขียว	ขาว	"	"
9. สถานที่นำหรือส่งยาแผน ปัจจุบันเข้ามาในราชอาณาจักร	เขียว	ขาว	"	"
10. ชื่อตัว ชื่อสกุล วิทยฐานะ และเวลาปฏิบัติการของผู้มีหน้าที่ ปฏิบัติการ	ตามประเภท ใบอนุญาต นั้นๆ	ตามประเภท ใบอนุญาตนั้นๆ	ไม่ต่ำกว่า 20x70 ซม.	"

ตัวอย่าง แบบป้ายแสดงสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์

**สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน
เฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์**




นางสาวเกิ้ลซ์ เขียวมะกอก ภ.บ.

เวลาปฏิบัติการ 09.00-20.00 น.

ภ.99999

หรือ



นางสาวเกิ้ลซ์ เขียวมะกอก สพ.บ.

เวลาปฏิบัติการ 09.00-20.00 น.

01-1234/2555

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)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าในระยะเวลาสองปีก่อนยื่นคำขอนี้ ข้าพเจ้าไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุด หรือคำสั่งที่ขอบด้วยกฎหมายให้จำคุกในความผิดที่กฎหมายบัญญัติ 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

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. ๒๕๖๒
(เฉพาะสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ)

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.....

สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
ตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. 2510

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สัญญาระหว่าง.....ในนามของ.....

เลขที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....หมู่.....

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

ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “ผู้รับอนุญาต” ฝ่ายหนึ่งกับ.....

() การบำบัดโรคสัตว์

ผู้ประกอบ () โรคศิลปะ แผน.....สาขา.....

() วิชาชีพ.....

ชั้น.....ใบอนุญาตเลขที่.....ซึ่งต่อไปในสัญญาเรียกว่า “ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ”

อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำสัญญานี้เพื่อปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. 2510 ร่วมกันโดยมีข้อความ
ดังต่อไปนี้

1. ผู้รับอนุญาตยินยอมและตกลงให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเข้าปฏิบัติหน้าที่ ณ.....
ของผู้รับอนุญาตเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. 2510 ตั้งแต่ที่ทำสัญญาเป็นต้นไป

2. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติยินยอมรับปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. 2510 ในหน้าที่ที่กำหนดไว้ตามข้อ 1
ของสัญญานี้ทุกประการ

3. ผู้รับอนุญาตยินยอมจ่ายค่าเงินทดแทนเป็นรายเดือนให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เดือนละ.....บาท
(.....) ภายในสิ้นเดือนปฏิทินทุก ๆ เดือน

4. หนังสือสัญญานี้มีอายุสัญญา จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.....

5. หากคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดบอกเลิกสัญญานี้ก่อนครบกำหนดตามข้อ 4 ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้
อีกฝ่ายหนึ่งทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า.....วัน และต้องแจ้งให้กองยาทราบตามกฎหมายด้วย

6. หากต้องการแก้ไขเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทำอยู่ เพื่อให้การ
ปฏิบัติการได้เป็นไปโดยถูกต้องตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. 2510 และกฎกระทรวงซึ่งออกตามความใน
พระราชบัญญัติฯฉบับดังกล่าว ผู้รับอนุญาตยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกประการ

7. ภาษีเงินได้ที่จะต้องเสียตามกฎหมาย ผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตกลงกันว่า.....

.....เป็นผู้เสีย

8. หากปรากฏว่าคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไม่ปฏิบัติตามสัญญานี้แม้แต่ข้อหนึ่งข้อใด สัญญานี้เป็นอันเลิกกันทันที โดยคู่สัญญาไม่ต้องปฏิบัติตามข้อ 5 และคู่สัญญาจะฟ้องเรียกค่าเสียหายได้ตามกฎหมายหากมีการฟ้องร้องกันขึ้น ทั้งสองฝ่ายตกลงกันว่าฝ่ายที่ผิดสัญญาต้องเป็นผู้ชดใช้ค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้อง เช่น ค่าทนาย ค่าธรรมเนียมศาล หรืออื่น ๆ

9. สัญญานี้ทำขึ้นเป็นสามฉบับมีข้อความตรงกัน คู่สัญญาต่างยึดถือไว้คนละหนึ่งฉบับและมอบให้กองยาสํานักงานคณะกรรมการอาหารและยา เก็บไว้เป็นหลักฐานหนึ่งฉบับ

คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายต่างเข้าใจข้อสัญญานี้ดีแล้ว จึงได้ลงชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ขออนุญาต
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(๖) ข้าพเจ้ารับทราบและจะปฏิบัติตามหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่กำหนดไว้ ตลอดระยะเวลาที่ข้าพเจ้าเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่แห่งนี้โดยเคร่งครัด

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

(๑) สำเนาทะเบียนบ้าน

(๒) สำเนาบัตรประชาชน

(๓) คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน พร้อมตราประทับในกรณีรับราชการหรือทำงาน (ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด)

(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

ตราประทับหน่วยงาน

เฉพาะกรณีที่เกิดข้อครหาไม่ได้รับราชการ หรือ ทำงานประจำ (ให้กรอกข้อความ อ่านและลงนามข้างล่างนี้)

ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่ได้รับราชการหรือทำงานประจำใด
ทั้งนี้ข้าพเจ้าทราบว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

ลงชื่อ

(.....)

เลขที่ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

แบบฟอร์มชุดรูปถ่าย แผนผัง และแผนที่ของสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์

ชื่อสถานที่.....


ที่อยู่.....

กรณีอาคารพาณิชย์ ตึกแถว

- ถ่ายรูปด้านนอกให้เห็นครบทุกชั้น โดยให้เห็นภาพรวมของอาคารสถานที่ที่ขออนุญาตและบริเวณข้างเคียง
- ## กรณีห้างสรรพสินค้า อาคารสำนักงาน
- ถ่ายรูปด้านนอกอาคารสถานที่ให้เห็นภาพรวมของสถานที่ที่ขออนุญาต

1. ภาพลักษณะของสถานที่ที่ขออนุญาต

ถ่ายรูปจากด้านนอกให้เห็นด้านหน้าของสถานที่ที่ขออนุญาต โดยให้เห็นชื่อร้าน เลขที่บ้าน ป้ายสถานที่ขายยา (ตามประเภท) ป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

หมายเหตุ กรณีที่มีการใช้เครื่องหมาย  เป็นสัญลักษณ์ของร้าน ให้ระบุข้อความไว้ภายในเครื่องหมายด้วยข้อความ เช่น Rx ยา หรือให้ใส่รูปไว้ภายในเครื่องหมายดังกล่าว เช่น รูปเม็ดยา แคปซูลยา

2. ด้านหน้าของสถานที่ที่ขออนุญาต

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อสถานที่.....

ที่อยู่.....

ถ่ายรูปจากหน้าร้านให้เห็นบริเวณด้านซ้ายทั้งหมดของสถานที่ที่ขออนุญาต

3. ด้านซ้ายของสถานที่ที่ขออนุญาต

ถ่ายรูปจากหน้าร้านให้เห็นบริเวณด้านขวาทั้งหมดของสถานที่ที่ขออนุญาต

4. ด้านขวาของสถานที่ที่ขออนุญาต

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อสถานที่.....

ที่อยู่.....

ถ่ายรูปตู้/ชั้นวางยาโดยให้เห็นครบทุกตู้/ชั้นที่มีการจัดวางยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์ที่เป็นยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ (โดยเปิดม่านปิดบัง) และให้เห็นป้ายแสดงข้อความ “ส่วนให้บริการโดยผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ” โดยป้ายดังกล่าวจะต้องปิดถาวรไม่ชำรุดได้ง่าย

5. บริเวณให้บริการโดยผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ถ่ายรูปแสดงการปิดม่านปิดบังส่วนตู้/ชั้นวางยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์ที่เป็นยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษทั้งหมด

- ม่านปิดบังจะต้องมีข้อความ “ขณะนี้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ ไม่สามารถจำหน่ายยาในบริเวณนี้ได้” ครบถ้วนและข้อความต้องคงทนถาวรไม่สามารถหลุดลอกหรือชำรุดได้ง่าย
- ม่านปิดบังต้องปิดบังตู้/ชั้นวางยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์ที่เป็นอันตรายและยาควบคุมพิเศษได้ทั้งหมด

6. ม่านหรือวัสดุทึบสำหรับใช้ปิดบังบริเวณส่วนให้บริการโดยผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อสถานที่.....

ที่อยู่.....

ถ่ายรูปให้เห็นโต๊ะให้คำปรึกษาที่มีป้ายแสดงข้อความ “ส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ” และเก้าอี้นั่ง 2 ตัวสำหรับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการและสำหรับผู้รับบริการ โดย

- โต๊ะต้องเป็นวัสดุคงทนถาวร มีขนาดที่เหมาะสมกับการให้คำปรึกษาแนะนำ
- เก้าอี้สำหรับผู้รับบริการทำจากวัสดุคงทนถาวร มีสีขา มีพนักพิง มีขนาดที่เหมาะสมกับผู้นั่ง ทั้งนี้ห้ามเป็นพลาสติกและห้ามเป็นล้อเลื่อนเนื่องจากจะก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัย
- ป้าย “ส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ” เป็นวัสดุคงทนถาวรไม่ชำรุดง่าย ยึดติดกับโต๊ะแบบถาวร ตัวหนังสือต้องเป็นตัวพิมพ์ที่สามารถเห็นและอ่านออกได้ชัดเจน

7. บริเวณให้คำปรึกษาแนะนำ

ถ่ายรูปบริเวณพื้นที่เก็บสำรองยา สามารถจัดเป็นตู้/ชั้นวางยา หรือพาเลทที่ทำจากพลาสติก/โลหะปลอดภัย (ไม่วางยาสัมผัสกับพื้นโดยตรง) และให้เห็นป้ายแสดงข้อความ “พื้นที่เก็บสำรองยา” หรือ “ตู้เก็บสำรองยา” โดยให้เป็นป้ายถาวรและไม่ชำรุดได้ง่าย

8. บริเวณพื้นที่เก็บสำรองยา (Stock) (ถ้ามี)

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อสถานที่.....

ที่อยู่.....

ถ่ายรูปป้ายสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์ และป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ให้เห็นข้อความและรูปถ่ายในป้ายชัดเจน

- ป้ายสถานที่ขายยาฯ สีแดง ขนาดป้ายกว้างxยาวไม่น้อยกว่า 20x70 เซนติเมตร ตัวอักษรสีขาว ขนาดตัวอักษรสูงไม่ต่ำกว่า 3 เซนติเมตร แสดงข้อความ “สถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์”

- ป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการสีแดง ขนาดป้ายกว้างxยาวไม่น้อยกว่า 20x70 เซนติเมตร ตัวอักษรสีขาว ขนาดตัวอักษรสูงไม่ต่ำกว่า 3 เซนติเมตร แสดงข้อความ คือ นาย/นาง/นางสาว ชื่อ นามสกุล ด้านหลังนามสกุลตามด้วย ภ.บ. หรือ สพ.บ. เวลาปฏิบัติการ xx.xx – xx.xx น. และด้านหน้านาย/นาง/นางสาว ติดรูปถ่ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (รูปสี่ 4x6 นิ้ว) สำหรับเกษตรกรให้สวมเสื้อกาวน์สีขาวมีตราสภาเกษตรกรพร้อมป้ายแสดงบนเสื้อว่าเป็นเกษตรกร สำหรับผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ให้สวมเสื้อกาวน์สีขาว โดยด้านล่างรูปถ่ายให้มีข้อความแสดงเลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ “ภ.xxxx” หรือ “ภ.xxxxx” หรือ “xx-xxxx/xxxx”

- ติดแสดง ป้ายสถานที่ขายยา และป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ไว้ที่กระจกด้านหน้าร้าน (ไม่ปิดที่ประตูเปิดปิด)

หมายเหตุ

1. คำนำหน้าชื่อของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ให้ใช้ นาย/นาง/นางสาว เท่านั้น ไม่ให้ใช้ ภก. หรือ ภญ. หรือ น.สพ. สพ.ญ. หรืออื่นใด
2. ข้อความ “ภ.xxxx” หรือ “ภ.xxxxx” หรือ “xx-xxxx/xxxx” ต้องตรงกันกับเลขที่ปรากฏในใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

9. ป้ายสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์ และป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ถ่ายรูปตู้เย็นที่ใช้สำหรับเก็บยา โดยให้เห็นตำแหน่งของการจัดวางภายในร้าน

10. ตู้เย็นสำหรับเก็บยา

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อสถานที่.....
ที่อยู่.....

ถ่ายรูปถังดับเพลิง ให้เห็นตำแหน่งของการจัดวางภายในร้าน โดยถังดับเพลิงมีขนาดบรรจุไม่น้อยกว่า 4 กิโลกรัม จัดวางในบริเวณที่เหมาะสม สามารถใช้งานได้สะดวก และไม่มีสิ่งใดวางกีดขวาง โดยติดตั้งด้วยการแขวนสูงจากพื้นไม่มากกว่า 1.50 เมตร หรือจัดให้มีฐานวางโดยเฉพาะสำหรับถังดับเพลิง หรือวางเข้ามุมและตีกรอบที่พื้นด้วยเทปทึบสีแดง

หมายเหตุ กรณีสถานที่ขยายตัวยังอยู่ในอาคาร ห้างสรรพสินค้า อาคารสำนักงาน สามารถใช้การอ้างอิงระบบป้องกันอัคคีภัย และอุปกรณ์ดับเพลิงของอาคารได้ เช่น รูปถ่ายสายยางดับเพลิง (Fire hose) หรือ ระบบกระจายน้ำดับเพลิงอัตโนมัติ (Sprinklers)

11. อุปกรณ์สำหรับดับเพลิง

ถ่ายรูปเครื่องปรับอากาศ โดยให้เห็นตำแหน่งการติดตั้งภายในร้าน

12. เครื่องปรับอากาศ

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อสถานที่.....

ที่อยู่.....

ถ่ายรูปผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการครึ่งตัวหรือเต็มตัวหน้าตรง ถ่ายคู่กับป้ายสถานที่ขายยา และป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการที่ติดอยู่หน้าร้าน โดยเภสัชกรให้สวมเสื้อกาวน์สีขาวมีตราสภาเภสัชกรรมพร้อมป้ายแสดงบนเสื้อว่าเป็นเภสัชกร สำหรับผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ให้สวมเสื้อกาวน์สีขาว

13. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อสถานที่.....

ที่อยู่.....

แผนผังภายในของสถานที่ (พิมพ์หรือวาดลงหมึก)

หมายเหตุ ระบุ 1) ความกว้าง ความยาวของสถานที่ 2) ทางเข้าร้าน 3) บริเวณให้บริการโดยผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ พร้อมระบุความกว้าง ความยาว 4) บริเวณให้คำปรึกษาแนะนำ

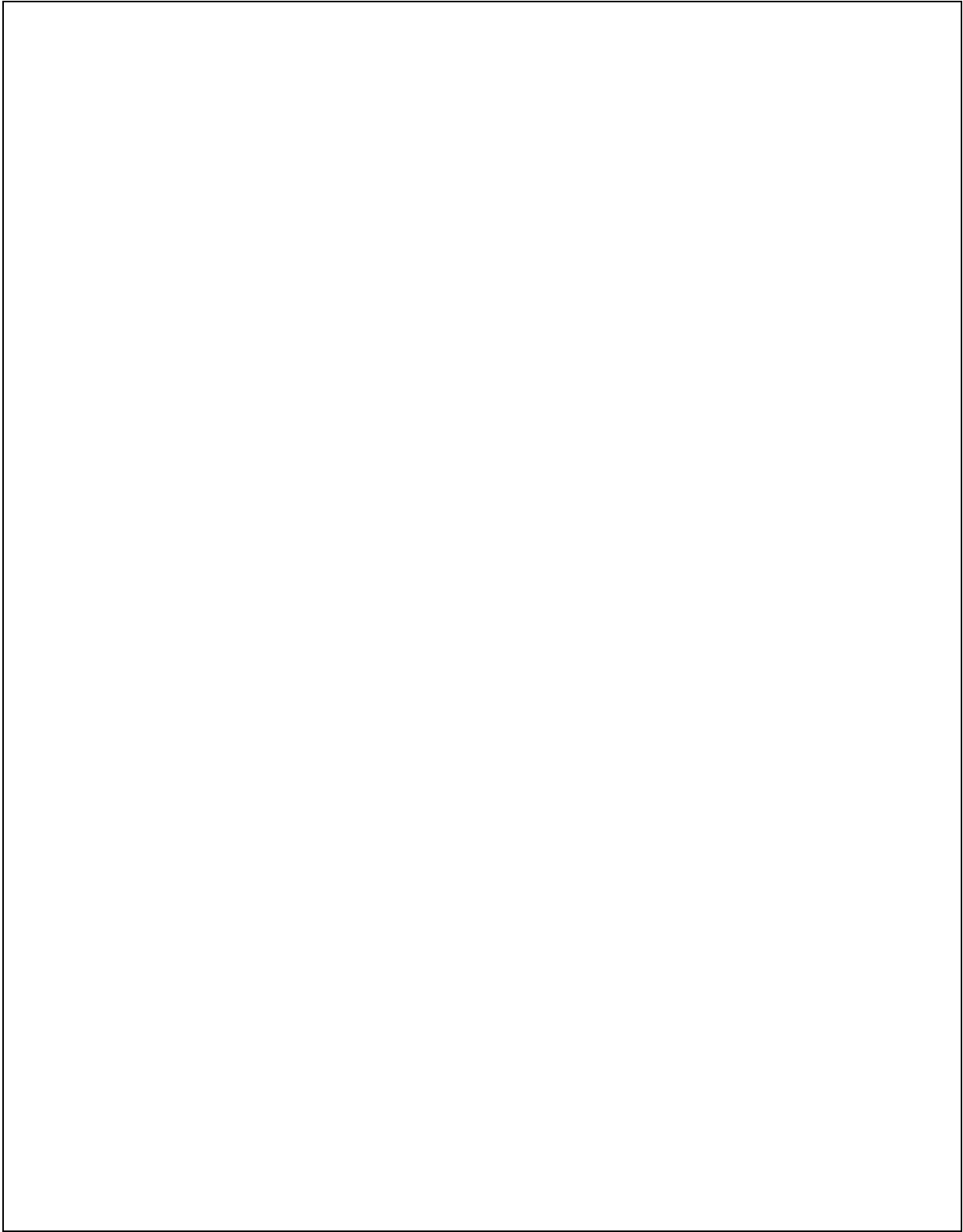
ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อสถานที่.....

ที่อยู่.....

แผนที่ตั้งของสถานที่ (พิมพ์หรือวาดลงหมึก)

โปรตระบุพิกัด GPS ของสถานที่ที่ขออนุญาต.....



หมายเหตุ ระบุเส้นทางการเดินทางให้ละเอียดชัดเจน เช่น ถนน ซอย ชื่ออาคาร จุดสังเกตใกล้เคียง

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

หนังสือมอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

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

ถนน.....หมู่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....โดยมี.....

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

.....เป็นผู้ดำเนินการและมีอำนาจกระทำการ หรือมอบ

อำนาจให้กระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการเกี่ยวกับการขออนุญาต การรับใบอนุญาต การต่ออายุใบอนุญาต

และกิจการอื่นใดทุกประการเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา **ไม่รวมถึงการแจ้งเลิกกิจการและการ**

ขอเปลี่ยนผู้รับอนุญาต.....

(หมายถึงประเภทใบอนุญาต)

การใดที่ผู้ดำเนินการและผู้รับมอบอำนาจดังกล่าว ได้กระทำไปภายใต้ขอบเขตแห่งการมอบอำนาจนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบและมีผลผูกพันข้าพเจ้าทุกประการ ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ

(.....)

(อากรแสตมป์

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

30 บาท)

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หมายเหตุ

1. ใช้หนังสือมอบอำนาจนี้ 1 ฉบับ สำหรับใบอนุญาต 1 ประเภท (สำหรับนิติบุคคล)
2. การมอบอำนาจต้องทำตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล

หนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

- ผู้รับอนุญาต ผู้ดำเนินกิจการ ผู้ขออนุญาต
- ขยายยาแผนปัจจุบัน นำหรือสั่งยาแผนปัจจุบัน ฯ ผลิทยาแผนปัจจุบัน
- ขยายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
- ขยายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์
- ขยายยาแผนโบราณ นำหรือสั่งยาแผนโบราณ ฯ ผลิทยาแผนโบราณ

ของ ร้าน / หจก. / หสน. / บริษัท.....

ใบอนุญาตเลขที่.....ตั้งอยู่ที่.....

ขอมอบอำนาจให้.....

บัตรประจำตัวประชาชน บัตรประจำตัวข้าราชการ เลขที่.....

ออกให้โดย.....บัตรหมดอายุ.....

เป็นผู้กระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการเกี่ยวกับ การขออนุญาต การรับใบอนุญาต การต่อใบอนุญาต ลงนามเป็นผู้ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต การแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาต และกิจการอื่นใดทุกประการ เกี่ยวกับการประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา สำหรับใบอนุญาตดังกล่าวข้างต้น

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายใต้ขอบเขตแห่งการมอบอำนาจนี้ ข้าพเจ้าขอ
รับผิดชอบและมีผลผูกพันข้าพเจ้าทุกประการ ทั้งนี้ ตั้งแต่

วันที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

ปิด
อากรแสตมป์
10 บาท