**แบบ ว.จ. ม.๓๐/ ม.๔๓**

เลขรับที่

วันที่

(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงข้อมูลรายการในใบอนุญาตวัตถุออกฤทธิ์

**ใบอนุญาต** □ ผลิต □ ขาย □ นำเข้า □ ส่งออก □ มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์
**วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท** □ ๑ □ ๒ □ ๓ □ ๔

**ตามใบอนุญาตที่............../............. ณ สถานที่ ชื่อ ......................................................................**

 เขียนที่ ..........................................................

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

**๑. ข้อมูลผู้ขออนุญาต**

**ข้าพเจ้า(ชื่อบุคคล/นิติบุคคล)**

(กรณีเป็นสถานพยาบาลเอกชน :ให้ระบุชื่อผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์ และหากเป็นสถานพยาบาลของนิติบุคคลให้ระบุข้อความเพิ่มว่า เพื่อการดำเนินการของนิติบุคคลนั้น ดังนี้
“นาย ก. เพื่อการดำเนินการของบริษัท โรงพยาบาล จำกัด”)

บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่

หรือทะเบียนนิติบุคคล / บัตรประจำตัวผู้เลียภาษี เลขที่

อยู่เลขที่ หมู่ที่

ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร E-mail

**๒. ข้อมูลผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการหรือดำเนินกิจการเกี่ยวกับใบอนุญาต**

ชื่อ

บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ อายุ บี สัญชาติ

อยู่เลขที่ หมู่ที่

ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร E-mail

**๓. มีความประสงค์ขอแก้ไขรายการในใบอนุญาต ดังต่อไปนี้**

|  |  |
| --- | --- |
| **ประเด็นแก้ไข** | **เอกสารหรือหลักฐาน** |
| □ ขอเปลี่ยนตัว หรือเปลี่ยนแปลงเภสัชกรผู้ควบคุมกิจการที่ระบุไว้ในใบอนุญาตจากเดิม ๑ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ  ๒ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ เป็น ๑ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ  ๒ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ  | * ต้นฉบับใบอนุญาตที่ต้องการแก้ไข
* คำรับรองของผู้รับอนุญาตและเภสัชกรผู้ควบคุมกิจการ
* สำเนาใบอนุญาตผลิต ขาย นำสั่งยาแผนปัจจุบันที่ได้แก้ไขแล้วแล้วแต่กรณี *(สำหรับกรณีผลิต ขาย นำเข้า ส่งออกวัตถุออกฤทธิ์ใ,นประเภท ๓ และประเภท ๔)*
* สำเนาใบอนุญาตผลิต ขาย นำเข้า ส่งออกวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๑ และประเภท ๒ ที่แก้ไขแล้ว แล้วแต่กรณี *(สำหรับกรณีผลิต ขาย นำเข้า ส่งออกวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท* ๑ *และประเภท ๒)*
* สำเนาใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์วัตถุออกฤทธิ์ในประเภทที่แก้ไขแล้ว *(สำหรับกรณี'มีไวใบครอบครองหรือไข้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ทุกประเภท)*
 |
| □ เปลี่ยนคำนำหน้าชื่อ ชื่อตัว ชื่อสกุล ของO ผู้รับอนุญาต หรือผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการO เภสัชกรจากเดิม เป็น  | * ต้นฉบับใบอนุญาตที่ต้องการแก้ไข
* เอกสารแสดงการเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ
 |
| □ แก้ไขเปลี่ยนแปลง ชื่อนิติบุคคลผู้รับอนุญาต(กรณีเป็นนิติบุคคลเปลี่ยนชื่อ เช่น เปลี่ยนชื่อบริษัท โดยที่ยังเป็นนิติบุคคลเดิม)จากเดิม เป็น  | • ต้นฉบับใบอนุญาตที่ต้องการแก้ไข• เอกสารแสดงการเปลี่ยนแปลงนิติบุคคล ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ (เช่น สำเนาหนังสือรับรองแสดงการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ซึ่งนายทะเบียนของกระทรวงพาณิชย์ออกไว้ไม่เกิน๖ เดือน) |

-๒-

|  |  |
| --- | --- |
| ประเด็นแก้ไข | เอกสารหรือหลักฐาน |
| □ แก้ไขเปลี่ยนแปลง นิติบุคคลผู้รับอนุญาต(กรณีเป็นการแปรสภาพเป็นบริษัทจำกัด หรือบริษัทมหาชนจำกัด)จากเดิม เป็น  | * ต้นฉบับใบอนุญาตที่ต้องการแก้ไข
* เอกสารแสดงการเปลี่ยนแปลงนิติบุคคล ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ (เข่น สำเนาหนังสือรับรองแสดงการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ซึ่งนายทะเบียนของกระทรวงพาณิชย์ออกไว้ไม่เกิน

๖ เดือน) |
| □ แก้ไขเปลี่ยนแปลง ชื่อสถานที่ที่ได้รับอนุญาตจากเดิม เป็น  | * ต้นฉบับใบอนุญาตที่ต้องการแก้ไข
* เอกสารแสดงการเปลี่ยนชื่อสถานที่ ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ
* สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. ๗)

หรือสำเนาใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์ (สส.๓)*(กรณีสถานพยาบาลเอกชน)** สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ. ๑๙) หรือสำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ (สส.๔)

 *(กรณีสถานพยาบาลเอกชน)* |
| □ เปลี่ยนผู้ดำเนินกิจการ (กรณีผู้รับอนุญาตเป็นนิติบุคคล)จากเดิม เป็น  | * ต้นฉบับใบอนุญาตที่ต้องการแก้ไข
* คำรับรองของผู้รับอนุญาตและเภสัชกรผู้ควบคุมกิจการ
* สำเนาคำสั่งแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง *(กรณีหน่วยงานของรัฐ)*
* หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาต
* สำเนาหนังสือรับรองแสดงการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคลซึ่งนายทะเบียนของกระทรวงพาณิชย์ออกไว้ไม่เกิน ๖ เดือน
* รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม

ของผู้ดำเนินกิจการคนใหม่ ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูปซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือนก่อนวันยื่นคำขอ |
| □ เปลี่ยนเลขที่บ้าน ชื่อถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขตจังหวัดของสถานที่ตั้งในใบอนุญาต (กรณีข้อมูลสถานที่ตั้งซึ่งรัฐทำการเปลี่ยนแปลง)จากเดิม เป็น  | * ต้นฉบับใบอนุญาตที่ต้องการแก้ไข
* เอกสารแสดงการเปลี่ยนเลขที่บ้าน ชื่อถนน ตำบล/แขวงอำเภอ/เขต จังหวัด ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ
* สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. ๗)

หรือสำเนาใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์ (สส.๓)*(กรณีสถานพยาบาลเอกชน)** สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ. ๑๙)

หรือสำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ (สส.๔)*(กรณีสถานพยาบาลเอกชน)* |
| □ เปลี่ยนเวลาเปิดทำการจากเดิม เป็น  | • ต้นฉบับใบอนุญาตที่ต้องการแก้ไข |
| □ อื่นๆ (ไปรดระบุ)จากเดิม เป็น  | * ต้นฉบับใบอนุญาตที่ต้องการแก้ไข
* เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไข
 |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความและเอกสารหรือหลักฐานทั้งหมดที่ยื่นเพื่อประกอบคำขอรับใบอนุญาตเป็นความจริงทุกประการ

(ลายมือขื่อ) ผู้ขออนุญาต/ผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งทั้งให้ดำเนินการหรือดำเนินกิจการ

( )

หมายเหตุ (๑) ให้ยื่นคำขอ ๑ ฉบับต่อ ๑ ใบอนุญาตเท่านั้น

(๒) ให้ขีดเลือกข้อความในช่อง □ / Ο ให้ตรงตามที่ประสงค์จะดำเนินการ และให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก
(๓) รับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ

(๔) กรณีการยื่นคำขอโดยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ เอกสารหรือหลักฐานประกอบคำขอให้เป็นไปตามระบบการยื่นทาง
อิเล็กทรอนิกส์ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด