



คู่มือการขออนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 สำหรับสถานพยาบาลเอกชน

โปรดตรวจสอบรายละเอียดคู่มือฉบับล่าสุดได้ที่
<http://www.fda.moph.go.th/sites/Narcotics/Pages/Main.aspx>

จัดทำโดย

กองควบคุมวัตถุเสพติด



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
Food and Drug Administration

ประวัติการแก้ไขปรับปรุง

แก้ไขครั้งที่	เดือน/ปี	รายละเอียดการแก้ไข
0	ธันวาคม 2560	จัดทำคู่มือครั้งแรก







สารบัญ

	หน้า
ขอบเขตคู่มือ	1
กฎหมายที่เกี่ยวข้อง	1
ภาพรวมการออกใบอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 (กรณีรายใหม่)	2
แบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง	3
ค่าธรรมเนียมใบอนุญาต	3
เอกสารหลักฐานประกอบการขอใบอนุญาต	4-5
หน้าที่ของผู้รับอนุญาต	6
ภาคผนวก	
ใบตรวจรับเอกสารประกอบคำขอรับใบอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 สำหรับสถานพยาบาลเอกชน	ผ1-ผ2
หนังสือมอบหมายให้เป็นผู้รับอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2	ผ3
หนังสือมอบอำนาจให้ผู้อื่นมายื่นและรับเอกสารเกี่ยวกับใบอนุญาตขวัตถุเสพติด	ผ4
แบบติดแผนที่และรูปถ่าย	ผ5-ผ6
ตัวอย่างการกรอกคำขอรับใบอนุญาตและการออกใบอนุญาตกรณีสถานพยาบาลของเอกชน (นิติบุคคล)	ผ7-ผ11
ตัวอย่างการกรอกคำขอรับใบอนุญาตและการออกใบอนุญาตกรณีสถานพยาบาลของเอกชน (บุคคลธรรมดา)	ผ12-ผ16
ตัวอย่างการทำรายงาน	ผ17-ผ18

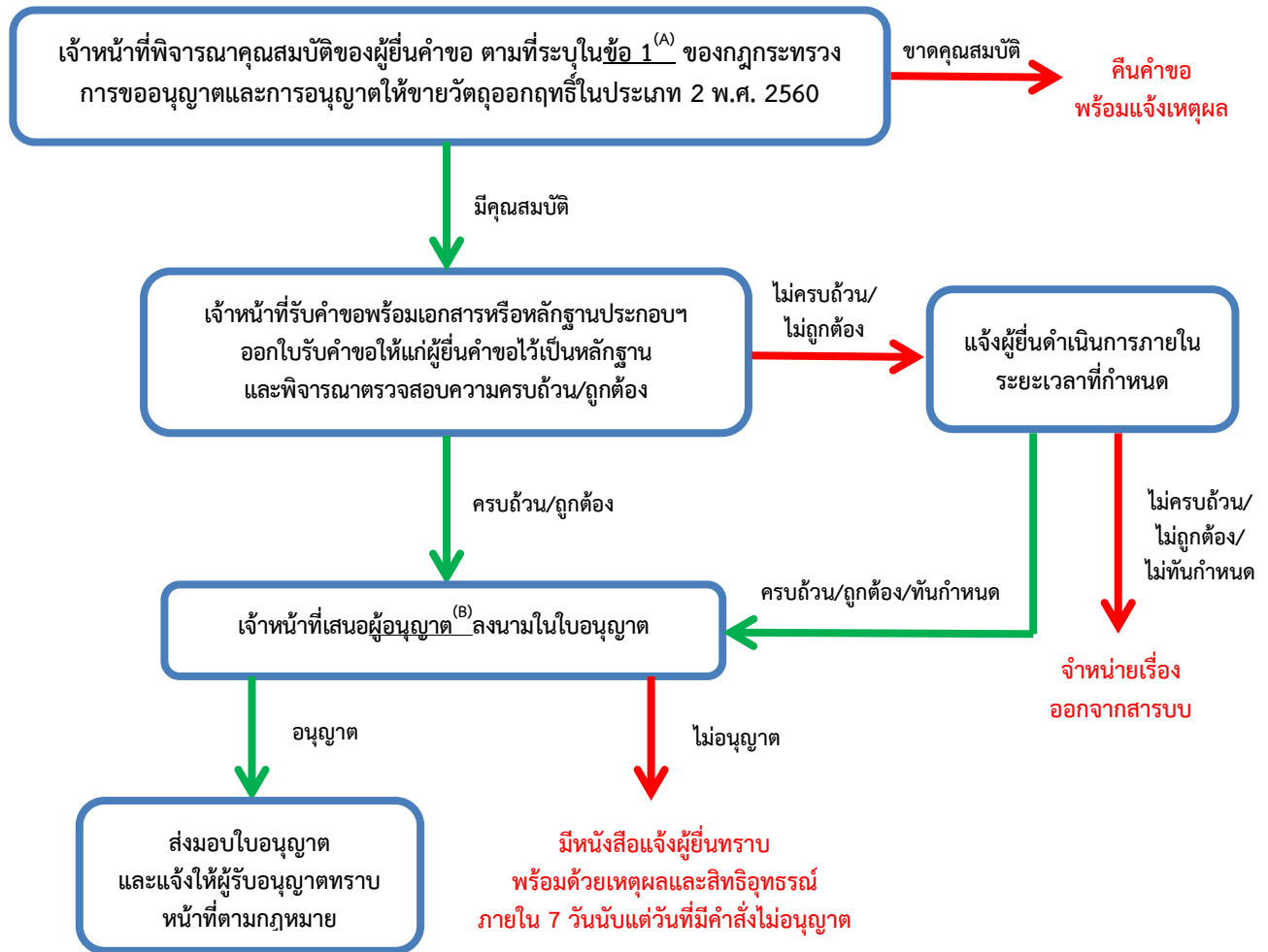
ขอบเขตคู่มือ

ครอบคลุมขั้นตอนรับคำขอและการออกใบอนุญาตขายวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท 2 กรณีสถานพยาบาลของเอกชน (รายใหม่) ในเขตกรุงเทพมหานคร

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ลำดับ	ชื่อกฎหมาย	QR Code
1)	พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559	
2)	กฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตให้ขายวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท 2 พ.ศ. 2560	
3)	ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง กำหนดแบบคำขอรับใบอนุญาต คำขอต่ออายุใบอนุญาต คำขอรับใบแทนใบอนุญาตและใบอนุญาตขายวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท 2	
4)	ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง กำหนดเอกสารหรือหลักฐานอื่นประกอบการยื่นคำขออนุญาตขายวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท 2	
5)	ประกาศคณะกรรมการวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการทำบัญชีและควบคุมการทำบัญชีเกี่ยวกับการผลิต การขาย การนำเข้า และการส่งออกซึ่งวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท 2	
6)	ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง กำหนดแบบและระยะเวลาสำหรับการรายงานผลการดำเนินกิจการเกี่ยวกับการผลิต การขาย การนำเข้า การส่งออก การนำเข้าผ่าน หรือการมีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุดิบออกฤทธิ์	
7)	(ร่าง) กฎกระทรวงกำหนดค่าธรรมเนียมและยกเว้นค่าธรรมเนียมเกี่ยวกับวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. ** ขณะนี้ยังดำเนินการไม่แล้วเสร็จ **	-

ภาพรวมการขออนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 (กรณีรายใหม่)



หมายเหตุ

- A. ผู้อนุญาตจะพิจารณาอนุญาตให้ขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ได้ เมื่อปรากฏว่าผู้ขออนุญาตเป็น
- (1) หน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่บำบัดรักษาหรือป้องกันโรค และสภาอากาศไทย
 - (2) หน่วยงานของรัฐที่ได้รับใบอนุญาตให้ผลิตหรือนำเข้าซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ตามมาตรา 15 (1) ...
 - (3) ผู้รับอนุญาตผลิตหรือนำเข้าซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ที่เป็นผู้ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการตามมาตรา 15 (2)
 - ★ (4) ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมหรือผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง ซึ่งเป็นผู้ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์ แล้วแต่กรณี และ
 - (ก) มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย
 - (ข) ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุกสำหรับความผิดตามกฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท กฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ กฎหมายว่าด้วยการป้องกันการใช้สารระเหย กฎหมายว่าด้วยมาตรการในการปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดและกฎหมายว่าด้วยยา
 - (ค) ไม่อยู่ระหว่างถูกสั่งพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง ใบอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษหรือใบอนุญาตตามพระราชบัญญัตินี้
 - (ง) ไม่เป็นบุคคลวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ
 - (จ) ไม่เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ
- B. ผู้อนุญาตหมายความว่าเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา หรือผู้ซึ่งได้รับมอบหมายจากเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา (มาตรา 4 พรบ.วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559)

แบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม	QR Code
1)	แบบคำขอรับใบอนุญาต (แบบ ข.ว.จ.2-1)	
2)	แบบใบอนุญาต (แบบ ข.ว.จ.2-2)	
3)	แบบบัญชีขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 เพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์ (แบบ บ.ว.จ. 2 - ขพ)	
4)	แบบรายงานผลการดำเนินงานกิจการเกี่ยวกับการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ประจำเดือน (แบบ ร.ขจ. 2/เดือน)	
5)	แบบรายงานผลการดำเนินงานกิจการเกี่ยวกับการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ประจำปี (แบบ ร.ขจ. 2/ปี)	

ค่าธรรมเนียมใบอนุญาต

ฉบับละ 1,000 บาท (จะเก็บในอัตรานี้ได้ก็ต่อเมื่อกฎกระทรวงกำหนดค่าธรรมเนียมและยกเว้นค่าธรรมเนียมเกี่ยวกับวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทมีผลใช้บังคับ)

เอกสารหลักฐานประกอบการขอใบอนุญาต

เอกสาร/สิ่งที่ต้องจัดเตรียม	ช่องทางการยื่นคำขอ			
	ติดต่อด้วยตนเอง	มอบอำนาจให้ผู้อื่นยื่นเอกสารแทน	ยื่นผ่านระบบ E-Submission	ส่งทางไปรษณีย์
1. กรอกหนังสือแจ้งความประสงค์ขอใช้งานระบบ E-Submission <i>มีแบบฟอร์มในคู่มือการใช้งาน (User Manual) *</i>	X	X	✓	X
2. กรอกแบบตรวจรับเอกสารประกอบคำขอฯ <i>มีแบบฟอร์มในภาคผนวก</i>	✓	✓	X	✓
3. กรอกคำขอฯ (แบบ ข.ว.จ.2-1) <i>มีตัวอย่างการกรอกในภาคผนวก</i>	✓	✓	✓ แนบไฟล์	✓
4. แนบสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต	✓	✓	✓ แนบไฟล์	✓
5. แนบสำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ขาย	✓	✓	✓ แนบไฟล์	✓
6. แนบบรูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม ของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือนก่อนวันยื่นคำขอ	✓	✓	✓ แนบไฟล์	✓
7. แนบสำเนาใบประกอบวิชาชีพฯ	✓	✓	✓ แนบไฟล์	✓
8. แนบสำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) หรือสำเนาใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์ (สส.3)	✓	✓	✓ แนบไฟล์	✓
9. สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19) หรือ สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ (สส.4)	✓	✓	✓ แนบไฟล์	✓
10. แนบสำเนาหนังสือรับรองแสดงการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ซึ่งนายทะเบียนของกระทรวงพาณิชย์ออกไว้ไม่เกิน 6 เดือน กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่เป็นของนิติบุคคล (ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์)	✓	✓	✓ แนบไฟล์	✓

เอกสารหลักฐานประกอบการขอใบอนุญาต (ต่อ)

เอกสาร/สิ่งที่ต้องจัดเตรียม	ช่องทางการยื่นคำขอ			
	ติดต่อด้วยตนเอง	มอบอำนาจให้ผู้อื่นยื่นเอกสารแทน	ยื่นผ่านระบบ E-Submission	ส่งทางไปรษณีย์
11. หนังสือแสดงว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการของนิติบุคคล กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่เป็นของนิติบุคคล (ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์) <i>มีแบบฟอร์มในภาคผนวก</i>	✓	✓	✓ แนบไฟล์	✓
12. แผนที่แสดงที่ตั้งและแผนผังแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ของสถานพยาบาล <i>มีแบบฟอร์มในภาคผนวก</i>	✓	✓	✓ แนบไฟล์	✓
13. รูปถ่ายสถานพยาบาลจำนวน 2 รูป (รูปที่ 1 แสดงลักษณะอาคาร รูปที่ 2 แสดงป้ายและเลขที่ของสถานที่ตั้ง) <i>มีแบบฟอร์มในภาคผนวก</i>	✓	✓	✓ แนบไฟล์	✓
14. แนบหนังสือมอบอำนาจให้ผู้อื่นมายื่นและรับเอกสารเกี่ยวกับใบอนุญาตฯ วัตถุเสพติด <i>มีแบบฟอร์มในภาคผนวก</i>	X	✓	X	X
สถานที่รับคำขอฯ	กองควบคุมวัตถุเสพติด ชั้น 5 อาคารเงินทุนหมุนเวียน ยาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข อ.เมือง จ.นนทบุรี ในวันราชการ เวลา 7.30 – 17.30 น.		URL: privus.fda. moph.go.th <i>มีคู่มือการใช้งาน (User Manual) *</i>	ส่งไปรษณีย์ ลงทะเบียน ไปยัง กองควบคุมวัตถุเสพติด อย. กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ. นนทบุรี 11000

หมายเหตุ เอกสารคู่มือการใช้งาน (User Manual) ระบบ E-Submission



หน้าที่ของผู้รับอนุญาต

1. ขายวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท 2 ได้เฉพาะสถานที่ที่ระบุไว้ในใบอนุญาต และขายตามเงื่อนไขดังนี้
 - (1) ขายเฉพาะสำหรับคนไข้ที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ให้การรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือสถานพยาบาลของรัฐ หรือขายเฉพาะสำหรับใช้กับสัตว์ที่ผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่งทำการบำบัดหรือป้องกันโรค ณ สถานพยาบาลสัตว์ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์แล้วแต่กรณี และ
 - (2) วัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท 2 ที่ขายต้องเป็นวัตถุดิบออกฤทธิ์ที่ อย. อนุญาตให้ผลิตหรือนำเข้า
2. ดูแลให้มีฉลากและเอกสารกำกับวัตถุดิบออกฤทธิ์ซึ่งมีข้อมูลครบถ้วนตามที่ผู้รับอนุญาตผลิตหรือนำเข้าจัดไว้
3. แยกเก็บวัตถุดิบออกฤทธิ์เป็นส่วนสกัดจากยาหรือวัตถุดิบ
4. ทำบัญชีเกี่ยวกับการขายวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท 2 ตามแบบ บ.ว.จ.-ขพ แยกตามชื่อวัตถุดิบออกฤทธิ์ หรือวัตถุดิบรับ โดยแสดงชื่อวัตถุดิบออกฤทธิ์หรือวัตถุดิบรับและความแรงต่อหน่วย เลขที่หรือรุ่นที่หรือครั้งที่ผลิต ชื่อผู้ผลิตและแหล่งผลิต วันเดือนปีและจำนวนหรือปริมาณของวัตถุดิบออกฤทธิ์ที่ขาย รวมทั้งชื่อ อายุและเลขที่บัตรประจำตัวประชาชนหรือหนังสือเดินทางหรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้ของผู้รับยา ทุกครั้งที่ขาย และลงลายมือชื่อรับรองไว้ในบัญชี ต้องเก็บรักษาไว้และพร้อมที่จะแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลาในขณะที่เปิดดำเนินการ ทั้งนี้ อย่างน้อยภายใน 2 ปี นับแต่วันลงรายการครั้งสุดท้ายในบัญชี
5. ทำรายงานเกี่ยวกับการดำเนินการตามที่ได้รับอนุญาตเป็นรายเดือนตาม แบบ ร.ขจ. 2/เดือน และเป็นรายปีตามแบบ ร.ขจ. 2/ปี และส่งมายังกองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ภายในระยะเวลาหนึ่งเดือนนับแต่วันสิ้นเดือนหรือสิ้นปี แล้วแต่กรณี
6. จัดให้มีการป้องกันตามสมควรเพื่อมิให้วัตถุดิบออกฤทธิ์สูญหายหรือมีการนำไปใช้โดยมิชอบ
7. ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตเดิมสิ้นอายุ
8. กรณีที่ใบอนุญาตสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญ ให้ยื่นคำขอรับใบแทนใบอนุญาตภายใน 15 วันนับแต่วันที่ได้ทราบถึงการสูญหายหรือถูกทำลาย
9. กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลตามรายการในใบอนุญาต ให้ยื่นคำขอต่อผู้อนุญาตเพื่อแก้ไขรายการในใบอนุญาตดังกล่าวภายใน 30 วันนับแต่วันที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลนั้น
10. แสดงใบอนุญาตไว้โดยเปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ สถานที่ที่ระบุไว้ในใบอนุญาต



ใบตรวจรับเอกสารประกอบคำขอใบอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
สำหรับสถานพยาบาลเอกชน

ชื่อสถานประกอบการ.....ชื่อผู้ขอรับใบอนุญาตฯ.....

สำหรับ ผู้ประกอบการ	การตรวจรับเอกสาร	สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ		
		มี		ไม่มี
		ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
<input type="checkbox"/>	1) แบบคำขออนุญาตเกี่ยวกับการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 (แบบ ข.ว.จ. 2-1)			
<input type="checkbox"/>	2) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต			
<input type="checkbox"/>	3) สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ขาย			
<input type="checkbox"/>	4) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม ของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือนก่อนวันยื่นคำขอ			
<input type="checkbox"/>	5) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรมหรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่งของผู้ขอรับใบอนุญาต			
<input type="checkbox"/>	6) สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) หรือสำเนาใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์ (สส.3)			
<input type="checkbox"/>	7) สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19) หรือสำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ (สส.4)			
<input type="checkbox"/>	8) สำเนาหนังสือรับรองแสดงการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ซึ่งนายทะเบียนของกระทรวงพาณิชย์ออกไว้ไม่เกิน 6 เดือน กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่เป็นของนิติบุคคล (ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์)			
<input type="checkbox"/>	9) หนังสือแสดงว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการของนิติบุคคล กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่เป็นของนิติบุคคล (ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์)			
<input type="checkbox"/>	10) แผนที่แสดงที่ตั้งและแผนผังแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ของสถานพยาบาล			
<input type="checkbox"/>	11) รูปถ่ายสถานพยาบาลจำนวน 2 รูป (รูปที่ 1 แสดงลักษณะอาคาร รูปที่ 2 แสดงป้ายและเลขที่ของสถานที่ตั้ง)			
<input type="checkbox"/>	12) ค่าธรรมเนียมรวมจำนวน 1,000 บาท			
	13) เอกสารเพิ่มเติมกรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นมายื่นเอกสาร			
<input type="checkbox"/>	หนังสือมอบอำนาจให้ผู้อื่นมายื่นเอกสารเกี่ยวกับใบอนุญาตฯ วัตถุเสพติด หรือแบบมอบอำนาจให้ผู้อื่นมายื่นเอกสารเกี่ยวกับใบอนุญาตฯ วัตถุเสพติด			

ข้าพเจ้าขอให้สัญญาว่า

- 1) จะปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขต่าง ๆ ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด
- 2) ยินยอมให้หน่วยรับรองระบบงานหรือองค์กร ที่เกี่ยวข้องกับการรับรองดำเนินการสังเกตการณ์การตรวจประเมินของคณะผู้ตรวจประเมินของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ณ สถานประกอบการของข้าพเจ้าตามที่ได้รับการร้องขอ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลต่าง ๆ ที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ และได้รับเอกสารหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการรับรองไว้เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้ขอรับใบอนุญาต / ผู้รับมอบอำนาจให้ยื่นเอกสาร
(.....)

หนังสือมอบหมายให้เป็นผู้รับอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

และ นาย / นาง / นางสาว.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

กรรมการผู้มีอำนาจลงนามแทน บริษัท/หจก./หสน.....

ซึ่งตั้งอยู่เลขที่.....

ขอมอบหมายให้ นาย / นาง / นางสาว.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

เป็นผู้รับอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2

การใดที่ นาย / นาง / นางสาว.....

ได้กระทำไป ให้ถือเสมือนว่าเป็นการกระทำของข้าพเจ้า และ บริษัทฯ/หจก./หสน.ฯ ขอรับผิดชอบทุกประการ

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

ติดอากร 30.- บาท
ประทับตราบริษัทฯ (ถ้ามี)

หนังสือมอบอำนาจ ให้ผู้ยื่นมายื่นและรับเอกสารเกี่ยวกับ ใบอนุญาต ฯ วัตถุประสงค์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เป็นผู้ดำเนินการ
ในสถานที่ประกอบการชื่อ.....ตั้งอยู่เลขที่.....
ซอย/ตรอก.....ถนน.....หมู่ที่.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....อายุ.....ปี
อยู่เลขที่.....ซอย/ตรอก.....หมู่ที่.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....บัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการ
เลขที่.....

เป็นผู้ดำเนินการแทนเกี่ยวกับการ ขอรับใบอนุญาต.....

แก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต.....

ต่ออายุใบอนุญาต.....

อื่น ๆ (ระบุ).....

โดยเป็นผู้ยื่น / รับเอกสาร ตลอดถึงการแก้ไขเอกสาร ที่กองควบคุมวัตถุประสงค์ สำนักงานคณะกรรมการ
อาหารและยา แทนข้าพเจ้า ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

1. สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ ของข้าพเจ้าที่รับรองเอกสารแล้ว
2. สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ ของผู้รับมอบอำนาจที่รับรองเอกสารแล้ว

การใดที่ นาย / นาง / นางสาว.....ได้กระทำไปให้ถือเสมือน
เป็นการกระทำของข้าพเจ้า และข้าพเจ้าขอรับผิดชอบทุกประการ

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

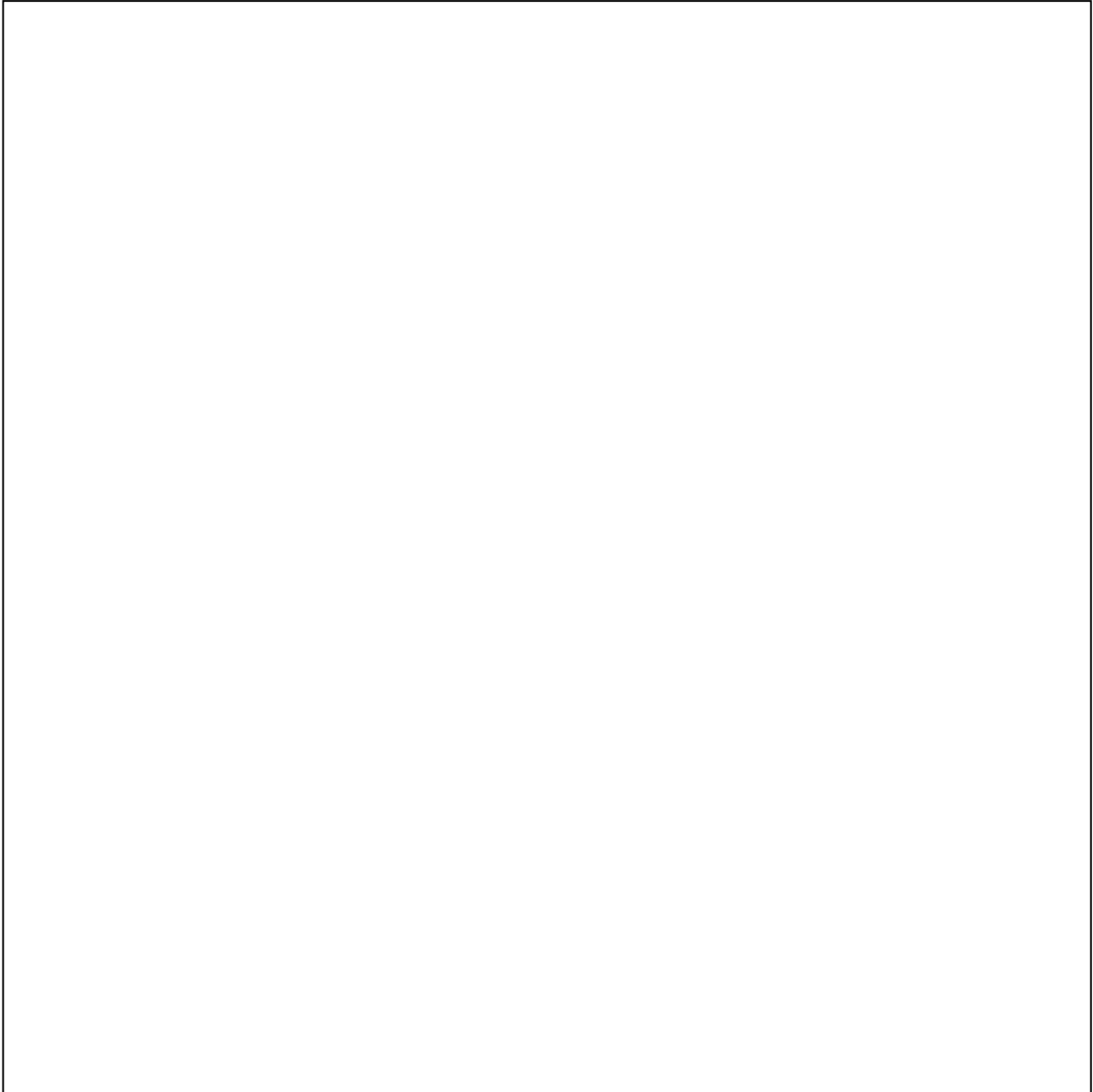
ลงชื่อ พยาน

(.....)

ติดอากร 30.- บาท
ประทับตราบริษัทฯ (ถ้ามี)

กรุณากรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน : ถ้าส่งเอกสารทางไปรษณีย์ไม่ต้องใช้หนังสือมอบอำนาจ

แผนที่ตั้งของ สถานพยาบาลชื่อ.....เวลาทำการ.....
ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....อาคาร.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....
อยู่ใกล้สถานที่ที่สังเกตได้ง่าย คือ



รับรองว่าเป็นความจริง

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ขอรับใบอนุญาต

วันที่.....

ชื่อสถานพยาบาล.....



1. ภาพลักษณะของอาคารสถานที่ขออนุญาต



2. ด้านหน้าสถานที่ (ป้าย, เลขที่)

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ขอรับใบอนุญาต

วันที่.....

แบบ ข.ว.จ. 2-1

เลขรับที่
วันที่
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

ที่ปิดรูปถ่ายของ
ผู้ขอรับใบอนุญาต
หรือผู้ดำเนินการ
ขนาด 1 นิ้ว

คำขอรับใบอนุญาต คำขอต่อยอายุใบอนุญาต คำขอรับใบแทนใบอนุญาต
ขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2

- ขอรับใบอนุญาต** (กรณีรายใหม่)
 ขอต่อยอายุใบอนุญาต เลขที่..... ประจำปี พ.ศ.
 ขอรับใบแทนใบอนุญาต เนื่องจากใบอนุญาต สูญหาย ถูกทำลายบางส่วนหรือลบเลือนในสาระสำคัญ

เขียนที่ **โรงพยาบาลสีห่าหมาก**
วันที่ **28** เดือน **ธันวาคม** พ.ศ. ... **2560**

1. วัตถุประสงค์ในการขอรับใบอนุญาต

- เพื่อบำบัดรักษาหรือป้องกันโรค
 เพื่อประโยชน์ของทางราชการอย่างใดอย่างหนึ่ง (สำหรับหน่วยงานของรัฐ) ดังต่อไปนี้
 ○ การบริหารวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ที่ใช้ในทางการแพทย์ของประเทศ
 - ได้รับอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ใบอนุญาตเลขที่.....
 - เอกสารแสดงความเป็นคู่สัญญา กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเพื่อการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 สัญญาเลขที่..... วันที่..... วันสิ้นสุดสัญญา.....
 ○ การวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์
 - ได้รับอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ใบอนุญาตเลขที่.....
 ○ การป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์
 - ได้รับอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ใบอนุญาตเลขที่.....
 เพื่อขาย ตามที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ให้เป็นผู้ผลิตหรือนำเข้าซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
 - ได้รับอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ใบอนุญาตเลขที่.....
 - เอกสารแสดงการมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข เลขที่หนังสือ.....

2. ข้อมูลผู้ขอรับใบอนุญาต

ข้าพเจ้า (ชื่อบุคคล/นิติบุคคล) **นายปัญญา สมานิติ**
 **เพื่อการดำเนินการของ บริษัท โรงพยาบาล สีห่าหมาก จำกัด**

(กรณีเป็นสถานพยาบาลเอกชน : ให้ระบุชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์ และหากเป็นสถานพยาบาลของนิติบุคคลให้ระบุชื่อความเพิ่มว่า เพื่อการดำเนินการของนิติบุคคลนั้น ดังนี้ “นาย ก. เพื่อการดำเนินการของ บริษัท โรงพยาบาล จำกัด”)

ข้อมูลของนายปัญญา สมานิติ

บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ **0995000238888**
 หรือทะเบียนนิติบุคคล / บัตรประจำตัวผู้เสียภาษี เลขที่
 อยู่เลขที่ ... **11** หมู่ที่..... **8**..... ตรอก/ซอย **ถาวร 1**..... ถนน **รามคำแหง**.....
 ตำบล/แขวง **ห้วยหมาก**..... อำเภอ/เขต **บางกะปิ**..... จังหวัด **กรุงเทพฯ**.....
 รหัสไปรษณีย์ **10240**..... โทรศัพท์ ... **070-4645465**..... โทรสาร..... E-mail

3. ข้อมูลผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการหรือดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต

ชื่อ - **ไม่ต้องกรอก**
 บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ อายุ ปี สัญชาติ
 อยู่เลขที่ หมู่ที่..... ตรอก/ซอย ถนน
 ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด
 รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร..... E-mail

- 2 -

4. ข้อมูลสถานที่ขาย

ณ สถานที่ชื่อ.....**โรงพยาบาลสีห่าหมาก**.....
 อยู่เลขที่ ...**113/133**..... หมู่ที่.....**1**..... ตรอก/ซอย**สุขสวัสดิ์**..... ถนน**ติวานนท์**.....
 ตำบล/แขวง**บางศรีเมือง**..... อำเภอ/เขต**เมืองนนทบุรี**..... จังหวัด**นนทบุรี**.....
 รหัสไปรษณีย์**11000**..... โทรศัพท์**02-6777777**..... โทรสาร.....**02-6777778**.....

5. พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหรือหลักฐานต่างๆ มาด้วย คือ

5.1 กรณีขอรับใบอนุญาต (กรณีรายใหม่)

- (1) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับใบอนุญาต หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต
- (2) สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ขาย
- (3) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม ของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือนก่อนวันยื่นคำขอ
- (4) เอกสารหรือหลักฐานเพิ่มเติม ดังนี้

(4.1) เพื่อการบำบัดรักษาหรือป้องกันโรค

➤ กรณีสถานพยาบาลของรัฐ

- สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน

➤ กรณีสถานพยาบาลเอกชน

- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรมหรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่งของผู้ขอรับใบอนุญาต
- สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. 7) หรือสำเนาใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์ (สส.3)
- สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ. 19) หรือสำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ (สส.4)
- สำเนาหนังสือรับรองแสดงการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ซึ่งนายทะเบียนของกระทรวงพาณิชย์ออกไว้ไม่เกิน 6 เดือน กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่เป็นของนิติบุคคล (ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์)
- หนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการของนิติบุคคล กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่เป็นของนิติบุคคล (ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์)
- แผนที่แสดงที่ตั้งและแผนผังแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ของสถานพยาบาล
- รูปถ่ายสถานพยาบาลจำนวน 2 รูป (รูปที่ 1 แสดงลักษณะอาคาร รูปที่ 2 แสดงป้ายและเลขที่ของสถานที่ตั้ง)

(4.2) เพื่อการบริหารวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ที่ใช้ในการแพทย์ของประเทศ (สำหรับหน่วยงานของรัฐ)

- สำเนาใบอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
- เอกสารแสดงความเป็นคู่สัญญากับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเพื่อการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
- สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน
- หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาต
- แผนที่แสดงที่ตั้งและแผนผังแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ของสถานประกอบการ
- รูปถ่ายแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ของสถานประกอบการ จำนวน 1 รูป

(4.3) เพื่อการวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์ (สำหรับหน่วยงานของรัฐ)

- สำเนาใบอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
- สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน
- หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาต

-3-

(4.4) เพื่อการป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ (สำหรับหน่วยงานของรัฐ)

- สำเนาใบอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
- สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน
- หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาต

(4.5) เพื่อขาย ตามที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ให้เป็นผู้ผลิตหรือนำเข้าซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2

- สำเนาใบอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
- เอกสารแสดงการมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข
- สำเนาหนังสือรับรองแสดงการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ซึ่งนายทะเบียนของกระทรวงพาณิชย์ออกไว้ไม่เกิน 6 เดือน กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นนิติบุคคล
- หนังสือแสดงว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการของนิติบุคคลผู้ขอรับใบอนุญาต กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นนิติบุคคล
- แผนที่แสดงที่ตั้งและแผนผังแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ของสถานประกอบการ
- รูปถ่ายแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ของสถานประกอบการ จำนวน 1 รูป

5.2 กรณีขอต่ออายุใบอนุญาต

- (1) ใบอนุญาตฉบับเดิม
- (2) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม ของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือนก่อนวันยื่นคำขอ

5.3 กรณีขอรับใบแทนใบอนุญาต

- (1) ใบแจ้งความ กรณีใบอนุญาตสูญหาย
- (2) ใบอนุญาต กรณีใบอนุญาตดังกล่าวถูกทำลายบางส่วนหรือลบเลือนในสาระสำคัญ
- (3) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม ของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือนก่อนวันยื่นคำขอ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความและเอกสารหรือหลักฐานทั้งหมดที่ยื่นเพื่อประกอบคำขอรับใบอนุญาตเป็นความจริงทุกประการ

(ลายมือชื่อ) **ปัญญา สมาริตี**..... ผู้ขอรับใบอนุญาต/ผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการหรือดำเนินการ
(..... **นายปัญญา สมาริตี**.....)

หมายเหตุ : (1) ให้ขีดเลือกข้อความในช่อง / ให้ตรงตามที่ประสงค์จะดำเนินการ

(2) รับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ



แบบ ข.ว.จ. 2-2

ที่ปิดรูปถ่าย
ของผู้รับอนุญาต
หรือ
ผู้ดำเนินการ
ขนาด 1 นิ้ว

ใบอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

ใบอนุญาตเลขที่ ...นบ 2/2561.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

.....นายปัญญา สมานิติ.....

เพื่อการดำเนินการของ.....บริษัท โรงพยาบาล สี่ห้าหก จำกัด.....

เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2

ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อ.....บำบัดรักษาหรือป้องกันโรค.....
ณ สถานที่ชื่อ.....โรงพยาบาลสี่ห้าหก.....
ตั้งอยู่เลขที่.....113/133.....หมู่ที่.....1.....ตรอก/ซอย.....สุขสวัสดิ์.....
ถนน.....ติวานนท์.....ตำบล/แขวง.....บางศรีเมือง.....
อำเภอ/เขต.....เมืองนนทบุรี.....จังหวัด.....นนทบุรี.....รหัสไปรษณีย์.....11000.....
โทรศัพท์.....02-6777777.....โทรสาร.....02-6777778.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2561.....และใช้ได้เฉพาะสถานที่ซึ่งระบุไว้ใน
ใบอนุญาตเท่านั้น

ให้ไว้ ณ วันที่ ...1..... เดือนมกราคม..... พ.ศ.2561.....

.....
ตำแหน่ง

ผู้อนุญาต

คำเตือน:

- ผู้รับอนุญาตที่ประสงค์จะขอต่ออายุใบอนุญาต ต้องยื่นคำขอก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ หากดำเนินการขายภายหลังใบอนุญาตสิ้นอายุโดยมิได้ยื่นคำขอต่ออายุ ฯ ต้องระวางโทษปรับวันละ 500 บาท นับแต่วันถัดจากวันที่ใบอนุญาตสิ้นอายุจนถึงวันที่ยื่นคำขอม่อนพ้นต่ออายุใบอนุญาต
- หากใบอนุญาตสิ้นอายุไม่เกิน 30 วัน จะยื่นคำขอม่อนพ้นพร้อมแสดงเหตุผลการขอผ่อนผันการต่ออายุใบอนุญาตก็ได้ แต่การยื่นขอผ่อนผันนี้ไม่เป็นเหตุให้พ้นความรับผิดชอบสำหรับการประกอบกิจการในระหว่างใบอนุญาตสิ้นอายุ ซึ่งได้กระทำไปก่อนขอต่ออายุใบอนุญาต
- ผู้รับอนุญาตมีหน้าที่
 - จัดทำบัญชีการขายตามแบบที่คณะกรรมการวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทกำหนด หากไม่ปฏิบัติตามต้องระวางโทษ ปรับตั้งแต่ 20,000 – 100,000 บาท
 - จัดทำรายงานการขายตามแบบที่เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา กำหนด หากไม่ปฏิบัติตามต้องระวางโทษ ปรับตั้งแต่ 10,000 – 20,000 บาท
- กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงแก้ไขข้อมูลตามรายการในใบอนุญาตตามมาตรา 43 แห่งพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559 ให้ยื่นคำขอแก้ไขรายการในใบอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ภายใน 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล หากไม่ปฏิบัติตามต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 1,000 บาท
- ผู้รับอนุญาตที่เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่บำบัดรักษาหรือป้องกันโรค สภากาชาดไทย และผู้ประกอบการวิชาชีพฯ ขายได้เฉพาะคนไข้หรือสัตว์ที่ตนให้การรักษาเท่านั้น และขายเฉพาะวัตถุออกฤทธิ์ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอนุญาตให้ผลิตหรือนำเข้า
- เงื่อนไขเพิ่มเติม ดังนี้

รายการต่ออายุใบอนุญาต

การต่ออายุใบอนุญาต ครั้งที่ 1
ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง
วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.
ลงชื่อ.....
ตำแหน่ง.....
ผู้อนุญาต
...../...../.....

การต่ออายุใบอนุญาต ครั้งที่ 2
ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง
วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.
ลงชื่อ.....
ตำแหน่ง.....
ผู้อนุญาต
...../...../.....

การต่ออายุใบอนุญาต ครั้งที่ 3
ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง
วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.
ลงชื่อ.....
ตำแหน่ง.....
ผู้อนุญาต
...../...../.....

การต่ออายุใบอนุญาต ครั้งที่ 4
ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง
วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.
ลงชื่อ.....
ตำแหน่ง.....
ผู้อนุญาต
...../...../.....

การต่ออายุใบอนุญาต ครั้งที่ 5
ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง
วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.
ลงชื่อ.....
ตำแหน่ง.....
ผู้อนุญาต
...../...../.....

การต่ออายุใบอนุญาต ครั้งที่ 6
ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง
วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.
ลงชื่อ.....
ตำแหน่ง.....
ผู้อนุญาต
...../...../.....

แบบ ข.ว.จ. 2-1

เลขรับที่
วันที่
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

ที่ปิดรูปถ่ายของ
ผู้ขอรับใบอนุญาต
หรือผู้ดำเนินการ
ขนาด 1 นิ้ว

คำขอรับใบอนุญาต คำขอต่ออายุใบอนุญาต คำขอรับใบแทนใบอนุญาต
ขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2

- ขอรับใบอนุญาต** (กรณีรายใหม่)
 ขอต่ออายุใบอนุญาต เลขที่..... ประจำปี พ.ศ.
 ขอรับใบแทนใบอนุญาต เนื่องจากใบอนุญาต สูญหาย ถูกทำลายบางส่วนหรือลบเลือนในสาระสำคัญ

เขียนที่ **คลินิกเวชกรรมเจ็ดแปดเก้า**.....
วันที่ **28**..... เดือน **ธันวาคม**..... พ.ศ. **2560**....

1. วัตถุประสงค์ในการขอรับใบอนุญาต

- เพื่อบำบัดรักษาหรือป้องกันโรค
 เพื่อประโยชน์ของทางราชการอย่างใดอย่างหนึ่ง (สำหรับหน่วยงานของรัฐ) ดังต่อไปนี้
 ○ การบริหารวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ที่ใช้ในทางการแพทย์ของประเทศ
 - ได้รับอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ใบอนุญาตเลขที่.....
 - เอกสารแสดงความเป็นคู่สัญญากับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเพื่อการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 สัญญาเลขที่..... วันที่..... วันสิ้นสุดสัญญา.....
 ○ การวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์
 - ได้รับอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ใบอนุญาตเลขที่.....
 ○ การป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์
 - ได้รับอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ใบอนุญาตเลขที่.....
 เพื่อขาย ตามที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ให้เป็นผู้ผลิตหรือนำเข้าซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
 - ได้รับอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ใบอนุญาตเลขที่.....
 - เอกสารแสดงการมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข เลขที่หนังสือ.....

2. ข้อมูลผู้ขอรับใบอนุญาต

ข้าพเจ้า (ชื่อบุคคล/นิติบุคคล) **นายคิล สมธิปัญญา**.....

(กรณีเป็นสถานพยาบาลเอกชน : ให้ระบุชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์ และหากเป็นสถานพยาบาลของนิติบุคคลให้ระบุชื่อความเพิ่มว่า เพื่อการดำเนินการของนิติบุคคลนั้น ดังนี้ “นาย ก.

เพื่อการดำเนินการของบริษัท โรงพยาบาลจำกัด”)

บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ **1995000239999**.....

หรือทะเบียนนิติบุคคล / บัตรประจำตัวผู้เสียภาษี เลขที่

อยู่เลขที่ ... **97**..... หมู่ที่..... **1**..... ตรอก/ซอย ถนน **เอกาทศรถ**.....

ตำบล/แขวง **ในเมือง**..... อำเภอ/เขต **เมืองพิษณุโลก**..... จังหวัด **พิษณุโลก**.....

รหัสไปรษณีย์ **65000**..... โทรศัพท์ **079-5411154**..... โทรสาร..... E-mail

3. ข้อมูลผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการหรือดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต

ชื่อ - **ไม่ต้องกรอก**.....

บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ อายุ ปี สัญชาติ

อยู่เลขที่ หมู่ที่..... ตรอก/ซอย ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร..... E-mail

- 2 -

4. ข้อมูลสถานที่ขาย

ณ สถานที่ชื่อ.....คลินิกเวชกรรมเจ็ดแปดเก้า.....
 อยู่เลขที่ ...183/17..... หมู่ที่.....10..... ตรอก/ซอยบุญมี..... ถนนรัตนธิเบศร์.....
 ตำบล/แขวงบางรักน้อย..... อำเภอ/เขตเมืองนนทบุรี..... จังหวัดนนทบุรี.....
 รหัสไปรษณีย์11000..... โทรศัพท์02-6123321..... โทรสาร.....02-6123321.....

5. พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหรือหลักฐานต่างๆ มาด้วย คือ

5.1 กรณีขอรับใบอนุญาต (กรณีรายใหม่)

- (1) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับใบอนุญาต หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต
- (2) สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ขาย
- (3) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม ของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือนก่อนวันยื่นคำขอ
- (4) เอกสารหรือหลักฐานเพิ่มเติม ดังนี้

(4.1) เพื่อการบำบัดรักษาหรือป้องกันโรค

➤ กรณีสถานพยาบาลของรัฐ

- สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน

➤ กรณีสถานพยาบาลเอกชน

- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรมหรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่งของผู้ขอรับใบอนุญาต
- สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. 7) หรือสำเนาใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์ (สส.3)
- สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ. 19) หรือสำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ (สส.4)
- สำเนาหนังสือรับรองแสดงการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ซึ่งนายทะเบียนของกระทรวงพาณิชย์ออกไว้ไม่เกิน 6 เดือน กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่เป็นของนิติบุคคล (ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์)
- หนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการของนิติบุคคล กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่เป็นของนิติบุคคล (ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์)
- แผนที่แสดงที่ตั้งและแผนผังแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ของสถานพยาบาล
- รูปถ่ายสถานพยาบาลจำนวน 2 รูป (รูปที่ 1 แสดงลักษณะอาคาร รูปที่ 2 แสดงป้ายและเลขที่ของสถานที่ตั้ง)

(4.2) เพื่อการบริหารวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ที่ใช้ในทางการแพทย์ของประเทศ (สำหรับหน่วยงานของรัฐ)

- สำเนาใบอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
- เอกสารแสดงความเป็นคู่สัญญา กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเพื่อการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
- สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน
- หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาต
- แผนที่แสดงที่ตั้งและแผนผังแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ของสถานประกอบการ
- รูปถ่ายแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ของสถานประกอบการ จำนวน 1 รูป

(4.3) เพื่อการวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์ (สำหรับหน่วยงานของรัฐ)

- สำเนาใบอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
- สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน
- หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาต

-3-

(4.4) เพื่อการป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ (สำหรับหน่วยงานของรัฐ)

- สำเนาใบอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
- สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน
- หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาต

(4.5) เพื่อขยาย ตามที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ให้เป็นผู้ผลิตหรือนำเข้าซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2

- สำเนาใบอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
- เอกสารแสดงการมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข
- สำเนาหนังสือรับรองแสดงการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ซึ่งนายทะเบียนของกระทรวงพาณิชย์ออกไว้ไม่เกิน 6 เดือน กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นนิติบุคคล
- หนังสือแสดงว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินกิจการของนิติบุคคลผู้ขอรับใบอนุญาต กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นนิติบุคคล
- แผนที่แสดงที่ตั้งและแผนผังแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ของสถานประกอบการ
- รูปถ่ายแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ของสถานประกอบการ จำนวน 1 รูป

5.2 กรณีขอต่ออายุใบอนุญาต

- (1) ใบอนุญาตฉบับเดิม
- (2) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม ของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือนก่อนวันยื่นคำขอ

5.3 กรณีขอรับใบแทนใบอนุญาต

- (1) ใบแจ้งความ กรณีใบอนุญาตสูญหาย
- (2) ใบอนุญาต กรณีใบอนุญาตดังกล่าวถูกทำลายบางส่วนหรือลบบเลือนในสาระสำคัญ
- (3) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม ของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือนก่อนวันยื่นคำขอ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความและเอกสารหรือหลักฐานทั้งหมดที่ยื่นเพื่อประกอบคำขอรับใบอนุญาตเป็นความจริงทุกประการ

(ลายมือชื่อ)**ศีล สมาริปัญญา**..... ผู้ขอรับใบอนุญาต/ผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการหรือดำเนินกิจการ
(.....**นายศีล สมาริปัญญา**.....)

หมายเหตุ : (1) ให้ขีดเลือกข้อความในช่อง / ให้ตรงตามที่ประสงค์จะดำเนินการ
(2) รับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ



แบบ ข.ว.จ. 2-2

ใบอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

ที่ปิดรูปถ่าย
ของผู้รับอนุญาต
หรือ
ผู้ดำเนินการ
ขนาด 1 นิ้ว

ใบอนุญาตเลขที่ ...นบ 3/2561.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

.....นายศีล สมาริปัญญา.....

เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2

ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อ.....บำบัดรักษาหรือป้องกันโรค.....
ณ สถานที่ชื่อ.....คลินิกเวชกรรมเจ็ดแปดเก้า.....
ตั้งอยู่เลขที่183/17..... หมู่ที่.....10..... ตรอก/ซอยบุญมี.....
ถนนรัตนาริเบศร์..... ตำบล/แขวงบางรักน้อย.....
อำเภอ/เขตเมืองนนทบุรี..... จังหวัดนนทบุรี..... รหัสไปรษณีย์11000.....
โทรศัพท์02-6123321..... โทรสาร02-6123321.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2561.....และใช้ได้เฉพาะสถานที่ซึ่งระบุไว้ใน
ใบอนุญาตเท่านั้น

ให้ไว้ ณ วันที่ ...1..... เดือนมกราคม..... พ.ศ.2561.....

ตำแหน่ง

ผู้อนุญาต

คำเตือน:

- ผู้รับอนุญาตที่ประสงค์จะขอต่ออายุใบอนุญาต ต้องยื่นคำขอก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ หากดำเนินการขายภายหลังใบอนุญาตสิ้นอายุโดยมิได้ยื่นคำขอต่ออายุฯ ต้องระวางโทษปรับวันละ 500 บาท นับแต่วันถัดจากวันที่ใบอนุญาตสิ้นอายุจนถึงวันที่ยื่นคำขอม่อนพ้นต่ออายุใบอนุญาต
- หากใบอนุญาตสิ้นอายุไม่เกิน 30 วัน จะยื่นคำขอม่อนพ้นพร้อมแสดงเหตุการณ์ขอผ่อนผันการต่ออายุใบอนุญาตก็ได้ แต่การยื่นขอผ่อนผันนี้ไม่เป็นเหตุให้พ้นความรับผิดชอบสำหรับการประกอบกิจการในระหว่างใบอนุญาตสิ้นอายุ ซึ่งได้กระทำไปก่อนขอต่ออายุใบอนุญาต
- ผู้รับอนุญาตมีหน้าที่
 - จัดทำบัญชีการขายตามแบบที่คณะกรรมการวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทกำหนด หากไม่ปฏิบัติตามต้องระวางโทษ ปรับตั้งแต่ 20,000 – 100,000 บาท
 - จัดทำรายงานการขายตามแบบที่เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยากำหนด หากไม่ปฏิบัติตามต้องระวางโทษ ปรับตั้งแต่ 10,000 – 20,000 บาท
- กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงแก้ไขข้อมูลตามรายการในใบอนุญาตตามมาตรา 43 แห่งพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559 ให้ยื่นคำขอแก้ไขรายการในใบอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ภายใน 30 วันนับแต่วันที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล หากไม่ปฏิบัติตามต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 1,000 บาท
- ผู้รับอนุญาตที่เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่บำบัดรักษาหรือป้องกันโรค สภากาชาดไทย และผู้ประกอบการวิชาชีพฯ ขายได้เฉพาะคนไข้หรือสัตว์ที่ตนให้การรักษานั้น และขายเฉพาะวัตถุออกฤทธิ์ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอนุญาตให้ผลิตหรือนำเข้า
- เงื่อนไขเพิ่มเติม ดังนี้

รายการต่ออายุใบอนุญาต

การต่ออายุใบอนุญาต ครั้งที่ 1
ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง
วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.
ลงชื่อ.....
ตำแหน่ง.....
ผู้อนุญาต
...../...../.....

การต่ออายุใบอนุญาต ครั้งที่ 2
ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง
วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.
ลงชื่อ.....
ตำแหน่ง.....
ผู้อนุญาต
...../...../.....

การต่ออายุใบอนุญาต ครั้งที่ 3
ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง
วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.
ลงชื่อ.....
ตำแหน่ง.....
ผู้อนุญาต
...../...../.....

การต่ออายุใบอนุญาต ครั้งที่ 4
ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง
วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.
ลงชื่อ.....
ตำแหน่ง.....
ผู้อนุญาต
...../...../.....

การต่ออายุใบอนุญาต ครั้งที่ 5
ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง
วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.
ลงชื่อ.....
ตำแหน่ง.....
ผู้อนุญาต
...../...../.....

การต่ออายุใบอนุญาต ครั้งที่ 6
ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง
วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.
ลงชื่อ.....
ตำแหน่ง.....
ผู้อนุญาต
...../...../.....

แบบ ร.ขจ. ๒/ เดือน

รายงานผลการดำเนินงานกิจกรรมเกี่ยวกับการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

ประจำเดือนมกราคม..... พ.ศ.๒๕๖๑.....

ชื่อผู้รับอนุญาตนายแพทย์สมประสงค์ ใจดี.....ใบอนุญาตที่๑๑..... /๒๕๖๑.....

สถานที่ชื่อโรงพยาบาลสมประสงค์เวชกรรม.....

ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ถนนพระราม ๕..... ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขตเมืองนนทบุรี..... จังหวัดนนทบุรี..... โทรศัพท์ โทรสาร

ขอรายงานผลการดำเนินงานกิจกรรมเกี่ยวกับการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ดังนี้

วัน เดือน ปี	ชื่อและความแรงของวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒	เลขที่/รุ่นที่/ครั้งที่ผลิต	ชื่อผู้ผลิต/แหล่งผลิต	ได้มาจาก	จ่ายไปให้	จำนวน/ปริมาณวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒				หน่วย*	หมายเหตุ
						ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ		
๓ ม.ค. ๖๑	Methylphenidate ๑๘ mg	๑/๖๐	บ. ยาดีจำกัด ประเทศ เปอร์โตริโก	อย.	ผู้ป่วย ๓ คน	-	๑๐๐,๐๐๐	๒๐๐	๙๙,๘๐๐	เม็ด	
๓๐ ม.ค. ๖๑	Methylphenidate ๑๘ mg	๑/๖๐	บ. ยาดี จำกัด ประเทศ เปอร์โตริโก	อย.	ผู้ป่วย ๔ คน	๙๙,๘๐๐	-	๔๐๐	๙๘,๔๐๐	เม็ด	
รวม											

(ลงชื่อ)สมประสงค์ ใจดี..... ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ

(.....)

หมายเหตุ : (๑) * ระบุหน่วย เช่น กรณียาน้ำให้ระบุเป็น “มิลลิลิตร” หรือ “ขวด” หรือ กรณียาเม็ดให้ระบุเป็น “เม็ด” หรือ “แคปซูล” หรือ กรณียาฉีดให้ระบุเป็น “มิลลิลิตร” หรือ “ampule” หรือ “vial” ฯลฯ

(๒) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

แบบ ร.ขจ. ๒/ ปี

รายงานผลการดำเนินงานกิจกรรมเกี่ยวกับการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

ประจำปี พ.ศ. ..๒๕๖๑....

ชื่อผู้รับอนุญาตนายแพทย์สมประสงค์ ใจดี..... ใบอนุญาตที่๑๑..... /๒๕๖๑.....

สถานที่ชื่อโรงพยาบาลสมประสงค์.....

ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ถนนพระราม ๕..... ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขตเมืองนนทบุรี..... จังหวัดนนทบุรี..... โทรศัพท์ โทรสาร

ขอรายงานผลการดำเนินงานกิจกรรมเกี่ยวกับการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ดังนี้

เดือน	ชื่อและความแรงของ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒	จำนวน/ปริมาณวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒(หน่วย.....*)				หมายเหตุ
		ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ	
มกราคม	Methylphenidate ๑๘ mg	-	๑๐๐,๐๐๐	๖๐๐	๙๙,๔๐๐	
กุมภาพันธ์		๙๙,๔๐๐	-	๒,๐๐๐	๙๗,๔๐๐	
มีนาคม		๙๗,๔๐๐	-	๒,๐๐๐	๙๕,๔๐๐	
เมษายน		๙๕,๔๐๐	-	๒,๔๐๐	๙๓,๐๐๐	
พฤษภาคม		๙๓,๐๐๐	-	๓,๐๐๐	๙๐,๐๐๐	
มิถุนายน		๙๐,๐๐๐	๑๐๐,๐๐๐	๓,๐๐๐	๑๘๗,๐๐๐	
กรกฎาคม		๑๘๗,๐๐๐	-	๕,๐๐๐	๑๘๒,๐๐๐	
สิงหาคม		๑๘๒,๐๐๐	-	๑๐,๐๐๐	๑๗๒,๐๐๐	
กันยายน						
ตุลาคม						
พฤศจิกายน						
ธันวาคม						
รวม						

(ลงชื่อ) ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ

(.....)

หมายเหตุ : (๑) * ระบุหน่วย เช่น กรณียาน้ำให้ระบุเป็น “มิลลิลิตร” หรือ “ขวด” หรือ กรณียาเม็ดให้ระบุเป็น “เม็ด” หรือ “แคปซูล” หรือ กรณียาฉีดให้ระบุเป็น “มิลลิลิตร” หรือ “ampule” หรือ “vial” ฯลฯ

(๒) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก