

คู่มือสำหรับประชาชน : การขออนุญาตขายส่งยาแผนปัจจุบัน

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ กระทรวงสาธารณสุข

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ผู้ประสงค์ยื่นคำขอต้องจัดเตรียมสถานที่และปฏิบัติให้สอดคล้องตามกฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันพ.ศ.๒๕๕๖ และ ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องข้อกำหนดเกี่ยวกับสถานที่อุปกรณ์และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายส่งยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยาพ.ศ ๒๕๑๐ และผ่านการตรวจสอบสถานที่และเภสัชกรที่จะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องมาแสดงตนต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ในวันที่ยื่นคำขอ

อายุของผู้ขออนุญาต/ผู้ดำเนินการต้องไม่ต่ำกว่า ๒๐ ปีบริบูรณ์และต้องมีใช้บุคคลต่างตัวเว้นแต่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการได้ตามกฎหมาย

(สำหรับคนต่างตัวต้องได้รับใบอนุญาตสำหรับธุรกิจบัญชีสาม(๑๔) และ(๑๕) หรือหนังสือรับรองตามมาตรา ๑๑ หรือมาตรา๑๒ แห่งพระราชบัญญัติการประกอบธุรกิจของคนต่างด้าวพ.ศ.๒๕๔๒ โดยแสดงใบอนุญาตสำหรับธุรกิจบัญชีสามหรือหนังสือรับรองตามมาตรา ๑๑ หรือมาตรา ๑๒ แห่งพ.ร.บ.การประกอบธุรกิจของคนต่างด้าวพ.ศ.๒๕๔๒ เพื่อเป็นหลักฐาน)

ใบอนุญาตสิ้นอายุ ๓๑ธันวาคมของปีที่ยื่นคำขอใบอนุญาต

หมายเหตุ

๑) ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วนและ/หรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติมโดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึกมีเช่นนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

๒) ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้วและแจ้งผลการพิจารณาภายใน ๓ วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

๓) ให้ตรวจสอบเอกสารสำหรับยื่นคำขอตามแบบตรวจสอบคำขอฯ (Self Assessment Report) ให้ครบถ้วนถูกต้องในทุกรายการและลงนามรับรอง

๔) ผู้ดำเนินการหรือผู้รับมอบอำนาจที่มายื่นคำขอต้องสามารถให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับคำขอฯได้อย่างถูกต้องครบถ้วนและมีอำนาจตัดสินใจและลงนามรับทราบข้อบกพร่องได้ (กรณีไม่ใช่ผู้ดำเนินการหรือกรรมการผู้มีอำนาจของนิติบุคคลให้มีหนังสือมอบอำนาจให้มีอำนาจดำเนินการแทนแนบด้วย)

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ (ศูนย์บริการสุขภาพเบ็ดเสร็จสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครสวรรค์ เลขที่ ๗๘๒ ถ.พหลโยธิน ต.นครสวรรค์ตก อ.เมืองนครสวรรค์ จ.นครสวรรค์โทร ๐ ๕๖๒๓ ๒๐๐๑ ต่อ ๑๔๐, ๑๔๑	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)
สถานที่ให้บริการ https://privus.fda.moph.go.th/เว็บไซต์และช่องทางออนไลน์	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการตลอด ๒๔ ชั่วโมง

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : รายละเอียดตามตารางด้านล่าง

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
๑)	การตรวจสอบเอกสาร ผู้รับอนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจยื่นเอกสารที่ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ สสจ. นครสวรรค์ และตรวจเอกสารตาม Checklist (หมายเหตุ: -)	๑ วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์
๒)	- เจ้าหน้าที่จัดทำหนังสือแจ้งให้จัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ตามที่กฎหมายกำหนด (หมายเหตุ: -)	๓ วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์
๓)	การลงนาม นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ลงนามในหนังสือแจ้งให้จัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ (หมายเหตุ: -)	๕ วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์
๔)	- เจ้าหน้าที่ส่งหนังสือแจ้งให้จัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ให้ผู้ยื่นคำขอ (หมายเหตุ: ผู้ยื่นคำขอมีเวลา ๖๐ วันนับจากวันที่ได้รับหนังสือแจ้งฯ ในการเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ให้พร้อมสำหรับการตรวจอนุญาต)	๑ วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
๕)	- เจ้าหน้าที่ลงรับหนังสือแจ้งความพร้อมให้ตรวจสอบสถานที่และ อุปกรณ์จากผู้ยื่นคำขอ (หมายเหตุ: -)	๑ วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครสวรรค์
๖)	การพิจารณา - นัดวันออกตรวจกับผู้ยื่นคำขอ และจัดใบขออนุญาตไป ราชการและใบขออนุญาตใช้รถยนต์ส่วนบุคคล - จัดทำหนังสือเชิญเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอร่วมตรวจสอบสถานที่ - ลงพื้นที่ตรวจสอบสถานที่ พร้อมให้คำแนะนำให้แก่ผู้ประกอบการ - ผู้ยื่นคำขอแก้ไขตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ และยื่น หลักฐานการแก้ไข - เจ้าหน้าที่ลงทะเบียนรับหลักฐานจากผู้ยื่นคำขอ (หมายเหตุ: -)	๓๐ วันนับจาก วันที่ได้รับหนังสือ แจ้งความพร้อมให้ ตรวจสอบสถานที่และ อุปกรณ์จากผู้ยื่น คำขอ	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครสวรรค์
๗)	การพิจารณา เจ้าหน้าที่งาน Pre-marketing ตรวจสอบข้อมูลประวัติ เงื่อนไขและคุณสมบัติที่กฎหมายกำหนดลงข้อมูลในระบบ คอมพิวเตอร์ (SKYNET) และจัดทำร่างใบอนุญาตพร้อม เอกสารที่เกี่ยวข้องเสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลงนาม (หมายเหตุ: -)	๔ วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครสวรรค์
๘)	การลงนาม จัดทำใบอนุญาตฉบับจริงเพื่อเสนอลงนาม (หมายเหตุ: -)	๕ วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครสวรรค์
๙)	- ส่งหนังสือแจ้งผลการพิจารณาและแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอมารับ ใบอนุญาต (หมายเหตุ: -)	๓ วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครสวรรค์

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
๑)	แบบคำขออนุญาตขายส่งยาแผนปัจจุบัน (แบบข.ย.๔) ฉบับจริง ๑ ชุด สำเนา ๐ ชุด หมายเหตุ-	-

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
๒)	<p>รูปถ่ายสีพื้นหลังเรียบหน้าตรงใบหน้าชัดเจนไม่ยิ้มไม่สวมหมวกหรือแว่นตาของผู้ขออนุญาตขนาด ๓x๔ เซนติเมตรถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน (อัดด้วยกระดาษโฟโต้ไม่ใช่ปริ้นท์สีจากเครื่องพิมพ์)</p> <p>ฉบับจริง ๓ ฉบับ</p> <p>สำเนา ๑ ฉบับ</p> <p>หมายเหตุ-</p>	-
๓)	<p>บัตรประจำตัวประชาชน</p> <p>ฉบับจริง ๐ ฉบับ</p> <p>สำเนา ๑ ฉบับ</p> <p>หมายเหตุ(ของผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการพิจารณาในเอกสารตามแต่ละกรณีดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ขอรับอนุญาต (กรณีบุคคลธรรมดา) - ผู้รับการแต่งตั้งจากนิติบุคคลให้เป็นผู้ดำเนินการ (กรณีนิติบุคคล) - ผู้มีอำนาจลงนามของนิติบุคคลที่เป็นผู้ลงนามแต่งตั้งผู้ดำเนินการ (กรณีนิติบุคคล) - ผู้รับมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน(กรณีที่ทำหนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน) - ผู้มอบอำนาจให้ดำเนินการแทน(กรณีที่ทำหนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน) - ผู้ยินยอมให้ใช้สถานที่ฯหรือผู้ให้เช่าสถานที่ฯ (แล้วแต่กรณี) - ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ <p>กรณีที่ผู้ดำเนินการเป็นบุคคลต่างด้าวให้ใช้หลักฐานดังนี้แทน</p> <p>๑ สำเนาหนังสือเดินทาง (passport) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง</p> <p>๒สำเนาหนังสือขออนุญาตทำงานที่ออกโดยกระทรวงแรงงานฯพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)</p>	กรมการปกครอง
๔)	<p>สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต/ผู้ดำเนินการ(กรณีนิติบุคคล) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง</p> <p>ฉบับจริง ๐ ฉบับ</p> <p>สำเนา ๑ ฉบับ</p> <p>หมายเหตุ(ของสถานที่ที่ขออนุญาตและของผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการพิจารณาในเอกสารตามแต่ละกรณีดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ขอรับอนุญาต (กรณีบุคคลธรรมดา) - ผู้รับการแต่งตั้งจากนิติบุคคลให้เป็นผู้ดำเนินการ (กรณีนิติบุคคล) - ผู้มีอำนาจลงนามของนิติบุคคลที่เป็นผู้ลงนามแต่งตั้งผู้ดำเนินการ 	กรมการปกครอง

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
	<p>(กรณีนิติบุคคล)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้รับมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน(กรณีที่ทำหนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน) - ผู้มอบอำนาจให้ดำเนินการแทน(กรณีที่ทำหนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน) - ผู้ยินยอมให้ใช้สถานที่ฯหรือผู้ให้เช่าสถานที่ฯ (แล้วแต่กรณี) - ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ <p>กรณีที่ผู้ดำเนินการเป็นบุคคลต่างด้าวให้ใช้หลักฐานดังนี้แทน</p> <p>๑สำเนาหนังสือเดินทาง(passport) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง</p> <p>๒สำเนาหนังสือขออนุญาตทำงานที่ออกโดยกระทรวงแรงงานฯพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง</p> <p>)</p>	
๕)	<p>ใบรับรองแพทย์ของผู้ขออนุญาต / ผู้ดำเนินการ(กรณีนิติบุคคล) และผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ</p> <p>ฉบับจริง ๑ ฉบับ</p> <p>สำเนา ๐ ฉบับ</p> <p>หมายเหตุ(ระบุงการตรวจโรคต้องห้ามตามประกาศฯได้แก่โรคเรื้อนวัณโรคในระยะอันตรายโรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคมโรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรงและโรคพิษสุราเรื้อรัง) และอายุของใบรับรองแพทย์ไม่เกิน ๓ เดือนณวันที่มายื่นคำขอ)</p>	-
๖)	<p>เอกสารแสดงหลักทรัพย์ (กรณีบุคคลธรรมดาเป็นผู้ขออนุญาตฯ)</p> <p>ฉบับจริง ๑ ฉบับ</p> <p>สำเนา ๑ ฉบับ</p> <p>หมายเหตุ(ตัวอย่างเช่น"สำเนาสมุดบัญชีเงินฝาก"ที่เป็นปัจจุบันพร้อมนำสมุดเงินฝากตัวจริงมาแสดงโดยมีเงินในบัญชีตั้งแต่ ๑๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)ขึ้นไปพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องหรือ"สำเนาโฉนดที่ดิน"ที่ไม่ติดภาระผูกพันและระบุชื่อในโฉนดเป็นชื่อผู้ขออนุญาต พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)</p>	-
๗)	<p>เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานที่ขายยา</p> <p>ฉบับจริง ๑ ฉบับ</p> <p>สำเนา ๑ ฉบับ</p> <p>หมายเหตุ(ได้แก่ ๑. สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ขายยาที่ระบุชื่อเจ้าบ้านหรือผู้ยื่นขอทะเบียนบ้านเป็นชื่อผู้ขออนุญาตหรือ ๒. หนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่โดยมี ๒.๑ หลักฐานแสดงความสัมพันธ์ระหว่าง</p>	-

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
	<p>ผู้ให้ความยินยอมและผู้ขออนุญาต(ต้องเป็นเครือญาติกันหรือมีนามสกุลเดียวกัน (ระบุความสัมพันธ์)) ๒.๒ เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานที่ขายยาของผู้ยินยอมให้ใช้สถานที่ ๒.๓ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ยินยอมให้ใช้สถานที่ ๒.๔ สำเนาบัตรประชาชนของผู้ยินยอมให้ใช้สถานที่หรือ ๓. สัญญาเช่าประกอบด้วย ๓.๑ สำเนาสัญญาเช่า (ระบุที่อยู่ของสถานที่ที่ให้เช่าครบถ้วนชัดเจนในสัญญา) ๓.๒ เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานที่ขายยาของผู้ให้เช่า ๓.๓ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ให้เช่า ๓.๔ สำเนาบัตรประชาชนของผู้ให้เช่า)</p>	
๘)	<p>สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ฉบับจริง ๓ ฉบับ สำเนา ๐ ฉบับ หมายเหตุ(ตามแบบฟอร์มที่อย.กำหนดโดยผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องมาแสดงตนและลงนามต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่ทั้ง ๓ ชุดโดยเมื่อลงนามแล้วเจ้าหน้าที่จะคืนให้ ๒ ชุด (สำหรับผู้รับอนุญาตเก็บไว้ ๑ชุด และผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเก็บไว้ ๑ ชุด))</p>	-
๙)	<p>คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ + คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน (แบบข.ย.๑๔) ฉบับจริง๑ฉบับ สำเนา ๐ ฉบับ หมายเหตุ(ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องมาแสดงตนและลงนามต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่ / กรณีที่ผู้ปฏิบัติการไม่มีงานประจำให้ลงนามรับรองในท้ายแบบข.ย.๑๔ หน้า ๓ ระบุว่าไม่มีงานประจำ)</p>	-
๑๐)	<p>สำเนาใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมพร้อมการรับรองสำเนาถูกต้อง ฉบับจริง๑ฉบับ สำเนา ๑ ฉบับ หมายเหตุ(กรณีมีการเปลี่ยนชื่อนามสกุลค่านำหน้าชื่อจะต้องมีการแก้ไขในใบประกอบวิชาชีพฯหรือแนบหลักฐานขอแก้ไขจากสภาเภสัชกรรม (เช่นหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมเพื่อขอแก้ไข))</p>	-
๑๑)	<p>หลักฐานแสดงว่าเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการให้บริการทางเภสัชกรรมชุมชน ฉบับจริง๑ฉบับ สำเนา๑ฉบับ หมายเหตุ(เช่นหลักฐานแสดงการมีหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ด้านเภสัชกรรมชุมชนอย่างน้อย ๕ หน่วยกิต(ในช่วง ๓ ปี</p>	-

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
	ย้อนหลังจากวันที่ยื่นคำขอ) หรือหลักฐานการผ่านการเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการฯในหลักสูตรที่สภาเภสัชกรรมรับรองฯ)	
๑๒)	<p>หนังสือรับรองนิติบุคคล (เฉพาะกรณีผู้ขออนุญาตฯเป็นนิติบุคคล) ฉบับจริง ๐ ฉบับ สำเนา ๑ ฉบับ</p> <p>หมายเหตุ(ต้องระบุเลขที่ตั้งของสถานที่ที่จะขออนุญาตเป็นสำนักงานสาขาหรือสำนักงานใหญ่ในหนังสือรับรองนิติบุคคล / หนังสือรับรองนิติบุคคลที่ออกให้จะต้องมีอายุไม่เกิน ๖ เดือนนับถึงวันที่ยื่นคำขอฯ)</p>	-
๑๓)	<p>หนังสือแต่งตั้งผู้ดำเนินการ (ใช้เฉพาะกรณีนิติบุคคล)(ปิดอากรแสตมป์ ๓๐ บาท) ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๐ ฉบับ</p> <p>หมายเหตุ(การลงนามต้องสอดคล้องตามชื่อผู้มีอำนาจที่จะลงนามตามที่ปรากฏในหนังสือรับรองนิติบุคคลพร้อมแนบสำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจด้วยกรณีที่เป็นบุคคลต่างด้าวให้ใช้สำเนาหนังสือเดินทาง(Passport) และหนังสือการอนุญาตให้ทำงานที่ออกโดยกระทรวงแรงงานฯ)</p>	-
๑๔)	<p>หนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน (ปิดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท) ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๐ ฉบับ</p> <p>หมายเหตุ(เฉพาะกรณีที่ผู้ขออนุญาต/ผู้ดำเนินการไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขออนุญาตด้วยตนเองและมอบให้ผู้อื่นทำการแทน)</p>	-
๑๕)	<p>รูปถ่ายและแผนผังของสถานที่ที่ขออนุญาต ฉบับจริง ๑ฉบับ สำเนา ๐ ฉบับ</p> <p>หมายเหตุ(ตามแบบภาพถ่ายที่กำหนด)</p>	-

ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
๑)	ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตขายส่งยาแผนปัจจุบัน (หมายเหตุ: -)	ค่าธรรมเนียม ๑,๕๐๐ บาท ค่าคำขอฯ ๕๐๐ บาท

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
๑)	ศูนย์บริการสุขภาพเบ็ดเสร็จสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ เลขที่ ๗๘๒ ถ.พหลโยธิน ต.นครสวรรค์ตก อ.เมืองนครสวรรค์ จ.นครสวรรค์ โทรศัพท์ ๐ ๕๖๒๓ ๒๐๐๑ ต่อ ๑๔๐,๑๔๑
๒)	ศูนย์ดำรงธรรมจังหวัดนครสวรรค์ ชั้น ๑ ศาลากลางนครสวรรค์ อ.เมืองนครสวรรค์ จ.นครสวรรค์ ๖๐๐๐๐ โทรศัพท์ ๐ ๕๖๘๐ ๓๖๐๔
๓)	ศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ศรป.) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ชั้น ๑ อาคาร ๑ ถนนติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐
๔)	สายด่วน ๑๕๕๖
๕)	โทรศัพท์หมายเลข ๐ ๒๕๙๐ ๗๓๕๔-๕๕
๖)	โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๑๕๕๖
๗)	E-mail: ๑๕๕๖@fda.moph.go.th
๘)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐ / สายด่วน ๑๑๑๑ / www.๑๑๑๑.go.th / ตู้ ปณ.๑๑๑๑ เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐))
๙)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - ๙๙ หมู่ ๔ อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น ๒ ถนนแจ้งวัฒนะ ต.คลองเกลือ อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี ๑๑๑๒๐ - สายด่วน ๑๒๐๖ / โทรศัพท์ ๐ ๒๕๐๒ ๖๖๗๐-๘๐ ต่อ ๑๙๐๐ , ๑๙๐๔- ๗ / โทรสาร ๐ ๒๕๐๒ ๖๑๓๒ - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +๖๖ ๙๒ ๖๖๘ ๐๗๗๗ / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com))

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
<i>ไม่มีแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก</i>	

หมายเหตุ

กรุณาเตรียมเอกสารตามใบตรวจรับเอกสารประกอบคำขอฯ ให้ครบถ้วน และถูกต้องก่อนการยื่นขอรับอนุญาต หากเอกสารเป็นสำเนา ให้ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ

เวลาดำเนินการ ไม่รวมเวลาที่ผู้รับบริการใช้ในการชำระค่าธรรมเนียมและมารับใบอนุญาต