

## แบบตรวจสอบเอกสารคำขอใบอนุญาตเปิดร้านยาใหม่

ชื่อ-สกุล ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ.....

โทรศัพท์.....

ชื่อสถานที่ขาย/ผลิต/นำส่ง.....

√ กรณีถูกต้องครบถ้วนตามข้อกำหนด หรือทำเครื่องหมาย x กรณีไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วนตามข้อกำหนด หรือเครื่องหมาย - กรณีไม่จำเป็นต้องมี

ลำดับ ที่	รายการตรวจสอบเอกสารบุคคลธรรมดา	ผู้ยื่นคำขอ ตรวจสอบ	เจ้าหน้าที่ ตรวจสอบ	บันทึกข้อบกพร่อง
<b>1.เอกสารที่ผู้ขออนุญาตต้องเตรียม</b>				
1.1	แบบคำขออนุญาต (ตามประเภท)			
1.2	รูปถ่ายของผู้รับอนุญาต (เจ้าของใหม่/ผู้ขออนุญาต) ขนาด 3*4 ซม. (3 รูป) ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน			
1.3	สำเนาบัตรประชาชนรับรองจริง (ผู้ขออนุญาต)			
1.4	สำเนาทะเบียนบ้านรับรองจริง (ผู้ขออนุญาต)			
1.5	สำเนาหนังสือขออนุญาตทำงานที่ออกโดยกระทรวงแรงงานฯ และหนังสือ เดินทาง (กรณีบุคคลต่างด้าว)			
1.6	ใบรับรองแพทย์ตัวจริงของผู้ขออนุญาต (ต้องไม่เกิน 1 เดือน) พร้อมระบุ 5 โรค ต้องห้ามเป็น ของผู้ขออนุญาตเกี่ยวกับยา ดังต่อไปนี้ (1) โรคเรื้อน (2) วัณโรคในระยะอันตราย (3) โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม (4) โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง (5) โรคพิษสุราเรื้อรัง			
● <b>กรณีบุคคลธรรมดา</b>				
1.7	หลักทรัพย์ (สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์) หรือหนังสือรับรองจากธนาคาร จำนวนเงินตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป/สำเนาโฉนดที่ดินไม่ติดภาระผูกพัน			
● <b>กรณีนิติบุคคล</b>				
1.8	(1) หนังสือรับรองบริษัท พร้อมแนบวัตถุประสงค์ของนิติบุคคล (ต้องมีระบุ วัตถุประสงค์เกี่ยวกับการประกอบธุรกิจ/กิจการด้านยา) - ต้องจดเลขที่ตั้งสถานที่ขออนุญาตในหนังสือรับรองบริษัท - กรณีสถานที่เก็บยาที่อยู่คนละแห่งกับสถานที่ที่ขออนุญาต ○ กรณีเป็นสถานที่เก็บยา หากจดเลขที่ตั้งสถานที่ขออนุญาตในหนังสือ รับรองบริษัทแล้ว ไม่ต้องแนบสัญญาเช่า (ข้อกำหนดอื่นๆอยู่หน้า ถัดไป) ○ กรณีเป็นสถานที่เก็บยา หากไม่ได้จดเลขที่ตั้งสถานที่ขออนุญาตใน หนังสือรับรองบริษัท ต้องแนบสัญญาเช่า <b>***หากมีระบุให้ลงลายมือชื่อ พร้อมประทับตราสำคัญของบริษัท*** ต้องมีประทับตราแล้ว จึงจะถือว่าเอกสารนั้นสมบูรณ์</b>  (2) สำเนาบัตรประชาชนรับรองจริง ของกรรมการที่มีอำนาจ (3) หนังสือมอบอำนาจแต่งตั้งผู้ดำเนินการ			

ลำดับ ที่	รายการตรวจสอบเอกสารบุคคลธรรมดา	ผู้ยื่นคำขอ ตรวจสอบ	เจ้าหน้าที่ ตรวจสอบ	บันทึกข้อบกพร่อง
1.9	สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ที่ขออนุญาต -กรณีสำเนาทะเบียนบ้านไม่มีผู้อาศัย (ทะเบียนบ้านลอย) ใช้เอกสารอื่นประกอบ อย่างใดอย่างหนึ่ง**ดังต่อไปนี้ [ ] สำเนาสัญญาซื้อ-ขาย สิ่งปลูกสร้างฯ [ ] สำเนาใบอนุญาตก่อสร้าง [ ] สำเนาเอกสารแจ้งกรรมสิทธิ์ -กรณีสำเนาทะเบียนบ้านมีผู้อาศัย คนทำสัญญาเช่า ต้องมีสภาพเป็นเจ้าบ้านเท่านั้น [ ] กรณีเช่าสถานที่ให้แนบ สำเนาสัญญาเช่าที่ผู้รับอนุญาตลงชื่อรับรองจริง [ ] หนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่ (กรณีนามสกุลเดียวกัน) [ ] สำเนาบัตรประชาชนรับรองจริง ของเจ้าของสถานที่ที่ให้เช่า/ยินยอม			
1.10	หนังสือมอบอำนาจกระทำการแทนผู้ขออนุญาต (กรณีไม่สามารถติดต่อด้วยตนเอง) ติดอากรแสตมป์ 10 บาท			
1.11	สำเนาบัตรประชาชนของ ผู้มอบอำนาจ และ ผู้รับมอบอำนาจ (รับรองจริง)			
<b>2.เอกสาร ที่ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องเตรียม</b>				
2.1	คำรับรองผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ต้องมารับรองต่อหน้าเจ้าหน้าที่			
2.2	คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน *(กรณีใบอนุญาตขายยา)*ตามแบบฟอร์ม ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด (แบบ ข.ย.14 หน้า3)			
2.3	สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการจำนวน 3 ชุด			
2.4	ใบรับรองแพทย์ตัวจริง (ต้องไม่เกิน 1 เดือน) พร้อมระบุ 5 ต้องห้ามเป็น ของผู้รับอนุญาตเกี่ยวกับยา ดังต่อไปนี้ (1) โรคเรื้อน (2) วัณโรคในระยะอันตราย (3) โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม (4) โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง (5) โรคพิษสุราเรื้อรัง			
2.5	สำเนาใบประกอบการโรคศิลปะ หรือสำเนาใบประกอบวิชาชีพ			
2.6	สำเนาผลการค้นหา รายชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม และ CPE จากเว็บไซต์ สภาเภสัชกรรม ( <a href="http://www.pharmacycouncil.org/index.php">http://www.pharmacycouncil.org/index.php</a> )			
2.7	สำเนาบัตรประชาชน			
2.8	สำเนาทะเบียนบ้าน			
<b>3. เอกสารอื่นๆ</b>				
3.1	รูปถ่าย			
3.2	แผนที่			
3.3	แผนผัง <b>กรณี ขอบใบอนุญาตผลิตฯ</b> ต้องแนบสำเนาแบบแปลนที่ได้รับการอนุมัติแล้วและบันทึกผลการตรวจสอบสถานที่			

**ผลการตรวจรับ**

เอกสารครบถ้วน/ถูกต้อง รับคำขอและเอกสารไว้เพื่อดำเนินการต่อไป

เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก

.....

.....

คืนเอกสารคำขอ แล้วให้นำมายื่นใหม่ภายหลังพร้อมแก้ไขให้ถูกต้อง

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจฯ ลงชื่อ.....  
วันที่...../...../.....

ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ.....  
วันที่...../...../.....

แบบกำกับระยะเวลาการทำงาน

ตามคู่มือสำหรับประชาชน: การขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1, ขย.3)

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

สถานที่ขายยา ชื่อ..... อำเภอ..... ผู้มาติดต่อ..... โทร.....

ขั้นตอนการดำเนินการ

ลำดับที่	ขั้นตอน	ระยะเวลา	วันที่ปฏิบัติงาน	ลงนาม
1	ตรวจสอบเอกสาร และชำระเงิน เมื่อผู้ยื่นคำขอฯ ยื่นเอกสารครบถ้วน	1 วันทำการ		ผู้ประกอบการ (.....) เจ้าหน้าที่ (.....)
2	จัดทำหนังสือสถานที่และอุปกรณ์ฯ	3 วันทำการ		เจ้าหน้าที่ (.....)
3	นพ.สสจ.ลงนามในหนังสือสถานที่ และอุปกรณ์ฯ	5 วันทำการ		เจ้าหน้าที่ (.....)
4	ส่งหนังสือสถานที่และอุปกรณ์ฯ ให้ผู้ยื่นคำขอ (EMS+แบบตอบรับ)	1 วันทำการ		เจ้าหน้าที่ (.....)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>วันที่ผู้ยื่นคำขอ ได้รับหนังสือแจ้งให้เตรียม สถานที่และอุปกรณ์ฯ วันที่..... (ดูจากไปรษณีย์ตอบรับ)</li> </ul>		<p><b>**ผู้ยื่นคำขอฯมีระยะเวลา 60 วันในการเตรียมสถานที่พร้อม สำหรับการตรวจอนุญาต**</b> ดังนั้นผู้ขออนุญาตจะต้องจัดเตรียมสถานที่ให้แล้วเสร็จ ภายในวันที่..... (นับแต่วันที่ ผู้ยื่นคำขอได้รับหนังสือแจ้งให้เตรียมสถานที่ฯ)</p>	
5	ลงวันที่รับหนังสือแจ้งจากผู้ยื่นคำขอฯ ว่าเตรียมสถานที่พร้อมสำหรับ การตรวจอนุญาตแล้ว	1 วันทำการ		เจ้าหน้าที่ (.....)
6	นัดวันตรวจกับผู้ยื่นคำขอฯ ขออนุญาตใช้รถกับฝ่ายบริหาร และ ขออนุญาตไปราชการ			เจ้าหน้าที่ (.....)
7	จัดทำหนังสือเชิญพนักงานเจ้าหน้าที่ ระดับอำเภอร่วมตรวจ			เจ้าหน้าที่ (.....)
8	ลงพื้นที่ตรวจสถานที่	30 วัน นับแต่วันที่ เจ้าได้รับ หนังสือแจ้ง จากผู้ยื่นคำ ขอ		ผู้ประกอบการ (.....) เจ้าหน้าที่ (.....)
9	ผู้ยื่นคำขอรับทราบคำแนะนำของ พนักงานเจ้าหน้าที่	ภายในวันที่ ...../...../.....		ผู้ประกอบการ (.....) เจ้าหน้าที่ (.....)
10	ลงรับหลักฐานที่ผู้ยื่นคำขอ แก่ไข สถานที่และอุปกรณ์ฯ ตามคำแนะนำของ พนักงานเจ้าหน้าที่			เจ้าหน้าที่ (.....)

ลำดับ ที่	ขั้นตอน	ระยะเวลา	วันที่ปฏิบัติงาน	ลงนาม
10	ลงข้อมูลใน SKYNET เพื่อจัดทำ ใบอนุญาตฉบับจริง	2 วันทำการ		เจ้าหน้าที่ (.....)
11	จัดทำหนังสือเสนอให้ นพ.สจจ. ลงนามในใบอนุญาต และหนังสือให้มา รับใบอนุญาต	2 วันทำการ		เจ้าหน้าที่ (.....)
12	นพ.สจจ.ลงนามฯ	5 วันทำการ		เจ้าหน้าที่ (.....)
13	ส่งหนังสือแจ้งผู้ยื่นคำขอฯ ให้มารับ ใบอนุญาตฯ	1 วันทำการ		เจ้าหน้าที่ (.....)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ วันที่ผู้ยื่นคำขอ ได้รับหนังสือแจ้งให้มารับ ใบอนุญาตฯ วันที่..... (ดูจากไปรษณีย์ตอบรับ)</li> <li>▪ ผู้ยื่นคำขอฯ มารับใบอนุญาต และชำระเงิน ภายใน 15 วัน นับจากวันที่ได้รับหนังสือแจ้งฯ ต้องมารับใบอนุญาตภายในวันที่.....</li> </ul>		วันที่รับใบอนุญาต ...../...../.....	<b>ผู้ประกอบการ</b> (.....)  <b>เจ้าหน้าที่</b> (.....)

ที่ปิดรูปถ่าย  
ผู้รับอนุญาต  
ขนาด ๓ x ๔ ซม.

เลขรับที่ \_\_\_\_\_  
วันที่ \_\_\_\_\_  
ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้ยื่นคำขอ

## 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 \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์มือถือ \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

ขอรับใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันโดยมีสถานที่ขายยาชื่อ \_\_\_\_\_

อยู่เลขที่ \_\_\_\_\_ ตรอก / ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_

หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตำบล / แขวง \_\_\_\_\_ อำเภอ / เขต \_\_\_\_\_

จังหวัด \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์มือถือ \_\_\_\_\_

ลักษณะการประกอบการ <sup>(๑)</sup>

- ขายปลีก  
 ขายส่ง  
 ปริญญาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย (เฉพาะขายปลีกเท่านั้น)

<sup>(๑)</sup> ให้ตอบมากกว่า ๑ ข้อ ในกรณีมีลักษณะการประกอบการมากกว่าหนึ่งลักษณะโดยการตอบจะมีผลต่อการประเมินความพร้อมของสถานที่ อุปกรณ์ และการดำเนินการตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน เพื่อประกอบการอนุญาต

โดยมีเภสัชกรชั้น ..... ชื่อ .....

เลขที่บัตรประชาชน

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมเลขที่ .....

(ถ้ามีมากกว่าหนึ่งคนให้แจ้งเพิ่มเติมท้ายคำขอนี้จนครบ)

เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา ๓๙ หรือมาตรา ๔๐ แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

เวลาทำการ (เวลาปฏิบัติการ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ) .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าในระยะเวลาก่อนยื่นคำขอนี้ ข้าพเจ้าไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งที่ขอบด้วยกฎหมายให้จำคุกในความผิดที่กฎหมายบัญญัติ 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) แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐
- (๕) สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและเภสัชกร ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต
- (๖) สำเนาหรือรูปถ่ายใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมของเภสัชกรทุกคน ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต
- (๗) เอกสารแสดงว่าเป็นผู้ดำเนินกิจการ (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)
- (๘) เอกสารอื่น ๆ ถ้าจำเป็น

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ขออนุญาต

(.....) ตัวบรรจง)

## 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 .....



(๒) ข้าพเจ้ารับทราบและจะปฏิบัติตามหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่กำหนดไว้ ตลอดระยะเวลาที่ข้าพเจ้าเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่แห่งนี้โดยเคร่งครัด

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

(๑) สำเนาทะเบียนบ้าน

(๒) สำเนาบัตรประชาชน

(๓) คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน พร้อมตราประทับในกรณีรับราชการหรือทำงาน (ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด)

(๔) เอกสารอื่น ๆ (ถ้าจำเป็น)

ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

กรณีการขอใบอนุญาตใหม่ ให้ทำคำรับรองนี้ต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

(ลายมือชื่อ)

ผู้ให้คำรับรอง

(ลายมือชื่อ)

พนักงานเจ้าหน้าที่

หมายเหตุ :- ใส่เครื่องหมาย  ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

**คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน**  
 เพื่อเป็นหลักฐานประกอบคำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (แบบ ข.ย.14) ในการเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ  
 ในร้านขายยาตามกฎกระทรวงการอนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2556

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

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....ชื่อหน่วยงาน.....

ตั้งอยู่ ณ เลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....ตรอก/ซอย.....

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

จังหวัด.....โทรศัพท์.....มือถือ.....

e-mail.....

เป็นผู้บังคับบัญชา/หัวหน้างาน ของ.....

เลขที่บัตรประชาชน      เป็นผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ และปฏิบัติงานใน

ตำแหน่งประจำ คือ .....สังกัด (แผนก/ฝ่าย).....

ในหน่วยงานชื่อ.....เวลาปฏิบัติงานในหน่วยงาน คือ.....น.

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ



ตราประทับหน่วยงาน

(.....)

ตำแหน่ง.....

**เฉพาะกรณีที่เอกสารไม่ได้รับราชการ หรือ ทำงานประจำ (ให้กรอกข้อความ อ่าน และลงนามข้างล่างนี้)**  
 ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่ได้รับราชการหรือทำงานประจำที่ได้  
 ทั้งนี้ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน  
 ลงชื่อ.....  
 (.....)  
 เกษตรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ  
ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สัญญาระหว่าง.....ในนามของ.....

เลขที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า "ผู้รับอนุญาต" ฝ่ายหนึ่งกับ.....

( ) การบำบัดโรคสัตว์—

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

( ) วิชาชีพ.....

ชั้น.....ใบอนุญาตเลขที่.....ซึ่งต่อไปในสัญญาเรียกว่า "ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ" อีกฝ่าย  
หนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำสัญญานี้เพื่อปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ร่วมกันโดยมีข้อความดัง  
ต่อไปนี้

1. ผู้รับอนุญาตยินยอมและตกลงให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเข้าปฏิบัติหน้าที่ ณ.....  
ของผู้รับอนุญาตเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ตั้งแต่วันที่ทำสัญญาเป็นต้นไป
2. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการยินยอมรับปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ในหน้าที่ที่กำหนด  
ไว้ตามข้อ 1. ของสัญญานี้ทุกประการ
3. ผู้รับอนุญาตยินยอมจ่ายค่าเงินทดแทนเป็นรายเดือนให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เดือนละ.....บาท  
(.....) ภายในวันสิ้นเดือนปฏิทินทุก ๆ เดือน
4. หนังสือสัญญานี้มีอายุสัญญา จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.....
5. หากคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดบอกเลิกสัญญานี้ก่อนครบกำหนดตามข้อ 4. ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์  
อักษรให้อีกฝ่ายหนึ่งทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า.....วัน และต้องแจ้งให้กองควบคุมยาทราบตามกฎหมายด้วย
6. หากต้องมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ที่ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทำอยู่ เพื่อให้การ  
ปฏิบัติการได้เป็นไปโดยถูกต้องตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และกฎกระทรวงซึ่งออกตามความในพระราช  
บัญญัติยาฉบับดังกล่าว ผู้รับอนุญาตยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกประการ
7. ภาษีเงินได้ที่จะต้องเสียตามกฎหมาย ผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตกลงกันว่า.....  
เป็นผู้เสีย

8. หากปรากฏว่า คู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไม่ปฏิบัติตามสัญญา<sup>นี้</sup> แม้แต่ข้อหนึ่งข้อใด สัญญา<sup>นี้</sup>เป็นอันเลิกกันทันที โดยคู่สัญญาไม่ต้องปฏิบัติตามข้อ 5. และคู่สัญญามีสิทธิจะฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายได้ตามกฎหมาย หากมีการฟ้องร้องกันขึ้น ทั้งสองฝ่ายตกลงกันว่าฝ่ายที่ผิดสัญญาจะต้องเป็นผู้ชดใช้ค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้อง เช่น ค่าทนายและค่าธรรมเนียมศาล หรืออื่น ๆ เป็นต้น

9. สัญญา<sup>นี้</sup>ทำขึ้นเป็นสามฉบับมีข้อความตรงกัน คู่สัญญาต่างยึดถือไว้คนละหนึ่งฉบับและมอบให้ กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเก็บไว้เป็นหลักฐานหนึ่งฉบับ

คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายต่างเข้าใจข้อความในสัญญา<sup>นี้</sup>ดีแล้ว จึงได้ลงชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ขออนุญาต

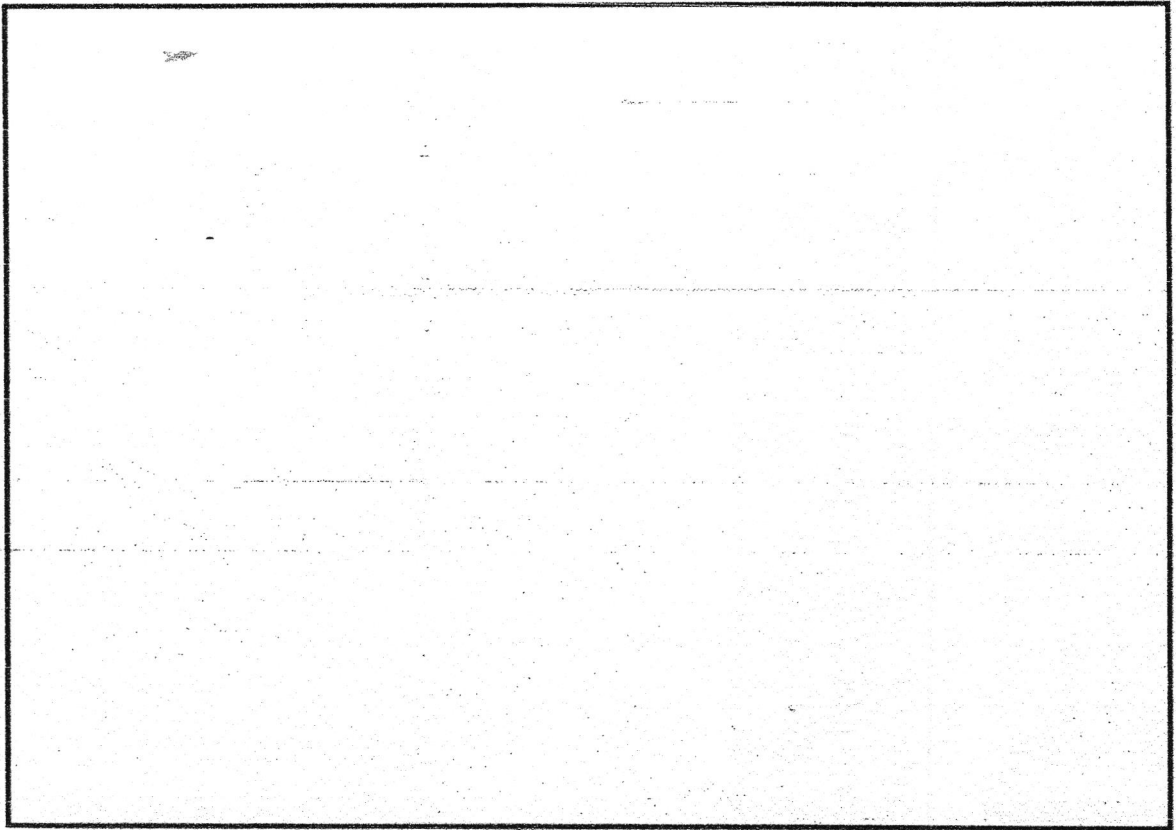
(ลงชื่อ).....ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

(ลงชื่อ).....พยาน

(ลงชื่อ).....พยาน

แผนที่ตั้งของสถานที่.....

ที่อยู่.....

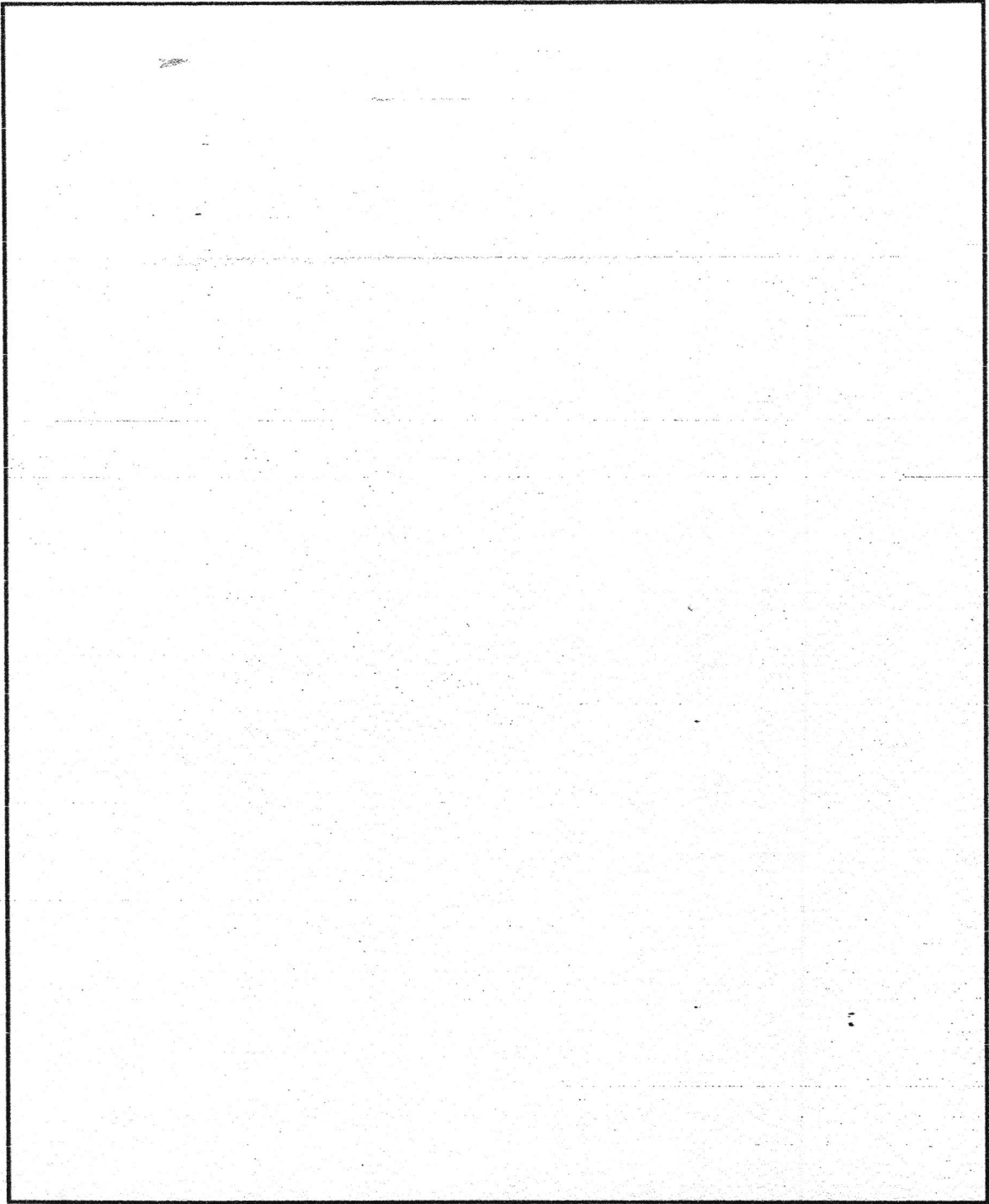


หมายเหตุ หากขาด ต้องลงหมึก

ขอรับรองว่าเป็นความจริง

ลงชื่อ.....

แผนผังภายในของสถานที่.....



หมายเหตุ ระบุความกว้าง ลึกของร้าน

ระบุการจัดวางยา บริเวณให้คำปรึกษาแนะนำ

หากขาด ต้องลงหมึก

ขอรับรองว่าเป็นความจริง

ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

➤ อาคารพาณิชย์ / ตึกแถว

- ถ่ายรูปภายนอกอาคาร ให้เห็นครบทุกชั้น

➤ ภายในอาคาร / ห้องสรรพสินค้า

- ถ่ายรูปภายนอกอาคาร ให้เห็นภาพรวมของสถานที่

### 1.ภาพลักษณะของอาคารสถานที่รออนุญาต

➤ ป้ายชื่อร้าน / เลขที่ตั้ง

- ถ่ายรูปบริเวณหน้าร้านให้เห็นป้ายชื่อร้าน พร้อมทั้งเลขที่ตั้งสถานที่ให้ชัดเจนจากภายนอกอาคาร

### 2.ด้านหน้าสถานที่ (ป้าย,เลขที่)

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

➤ ถ่ายรูปบริเวณเฉพาะจุดที่มีการจำหน่ายยาต้านซ้าย

3. ตู้วางยาต้านซ้ายของสถานที่ขออนุญาต (ถ่ายจากหน้าร้าน)

➤ ถ่ายรูปบริเวณเฉพาะจุดที่มีการจำหน่ายยาต้านขวา

4. ตู้วางยาต้านขวาของสถานที่ขออนุญาต (ถ่ายจากหน้าร้าน)

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง  
ลงชื่อ.....



ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

➤ ถ่ายรูปตู้วางยาด้านหลังโดยให้เห็นครบทุกตู้ที่มีการจัดวางยาอันตราย  
( โดยนำมาปิดบังเปิดขึ้น )

5. บริเวณ "ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร"

➤ ถ่ายรูปตู้วางยาด้านหลังโดยให้เห็นครบทุกตู้ที่มีการจัดวางยาอันตราย  
( โดยม่านต้องปิดบังส่วนตู้ยาด้านหลังทั้งหมดพร้อมข้อความที่ระบุให้ครบถ้วนและต้อง  
เป็นข้อความที่ไม่สามารถหลุดลอกหรือขูดได้ง่าย ครบทุกตู้ที่มีการจัดวางยาอันตราย)

6. การใช้ม่าน หรือวัสดุทึบ สำหรับใช้ปิดบังบริเวณ "ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร" พร้อม แสดงข้อความ  
"ขณะนี้เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ ไม่สามารถขายยาในบริเวณนี้ได้"

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง  
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

➤ ต้องจัดเตรียมโต๊ะให้คำปรึกษาโดยมีขนาดที่เหมาะสมกับการให้คำปรึกษาแนะนำ พร้อมเก้าอี้นั่ง 2 ตัว สำหรับเภสัชกรและสำหรับผู้มารับบริการ

➤ มีป้ายระบุ “ ส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ ” ต้องเป็นป้ายถาวรและไม่ชำรุดได้ง่าย

( ตัวหนังสือควรใช้ตัวพิมพ์ที่สามารถอ่านออกได้ชัดเจน )

7. บริเวณ “ส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ”(โต๊ะพร้อมเก้าอี้สำหรับเภสัชกร และผู้มาขอรับคำปรึกษาแนะนำ)

➤ ถ่ายให้เห็นภาพรวมของชั้นครบถ้วนทั้งหมด พร้อมทั้งติด

ป้ายระบุ “ จุดให้บริการตนเอง ” เป็นป้ายถาวรและไม่ชำรุดได้ง่าย

8. บริเวณสำหรับให้ลูกค้าบริการตนเอง

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง  
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน/บริษัท.....

ที่อยู่.....

- ต้องมีป้ายระบุ “พื้นที่เก็บสำรองยา หรือ ตู้เก็บสำรองยา” เป็นป้ายถาวรและไม่ชำรุดได้ง่าย
- ลักษณะบริเวณพื้นที่เก็บสำรองยา สามารถจัดเป็นตู้หรือชั้นวางยา (โดยไม่วางยาสัมผัสกับพื้นโดยตรง)

#### 9. บริเวณ “พื้นที่เก็บสำรองยา(Stock)” (ถ้ามี)

- ป้ายแสดงสถานที่ประกอบการ

- “สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน” สีพื้นป้ายสีน้ำเงิน ตัวอักษรสีขาว ขนาดตัวอักษรไม่น้อยกว่า 3 เซนติเมตร ขนาดป้ายไม่น้อยกว่า 20X70 เซนติเมตร (กว้างXยาว)

- ป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

- สีพื้นป้ายสีน้ำเงิน ตัวอักษรสีขาว ขนาดตัวอักษรไม่น้อยกว่า 3 เซนติเมตร ขนาดป้ายไม่น้อยกว่า 20X50 เซนติเมตร (กว้างXยาว)

- ระบุ นาย/นาง/นางสาว ชื่อ-สกุล ด้านหลังนามสกุลตามด้วย ภ.บ.

- ด้านหน้า ชื่อ-สกุล คัดรูปถ่ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (รูปสี่ 4x6 นิ้ว) สวมเสื้อกาวน์มีตราสมาคมเภสัชกรรม ด้านล่างรูปภาพ แสดงเลขที่ใบประกอบ “ภ. XXXX” ขนาดไม่น้อยกว่า 3 เซนติเมตร

#### 10. ป้ายแสดงสถานที่ประกอบการ และป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง  
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

➤ ถาดนับเม็ดยา อย่างน้อย 2 ถาด

ติดป้ายระบุ ที่ฝาถาดนับเม็ดยา และค้ำนับเม็ดยา (ด้านเล็ก) ใช้ตัวพิมพ์ที่สามารถอ่านออกได้ชัดเจน และติดไม่ให้หลุดลอก หรือชำรุดได้ง่าย

- “ กลุ่มยาเพนนิซิลิน “ (ภาษาไทย)
- “ กลุ่มยาทั่วไป “

11. ถาดนับเม็ดยา (กลุ่มยาเพนนิซิลิน ,กลุ่มยาทั่วไป) และเครื่องวัดความดันโลหิต(ชนิดอัตโนมัติ)

➤ ถ่ายรูปให้เห็นรวมถึงบริเวณที่จัดวางตู้เย็น และบริเวณข้างเคียง

12. ตู้เย็น

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง  
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

➤ ถ่ายรูปให้เห็นรวมถึงบริเวณที่จัดวาง และบริเวณข้างเคียง

### 13. เครื่องชั่งน้ำหนัก และที่วัดสวนสูงสำหรับผู้มารับบริการ

➤ ถังดับเพลิง ขนาดบรรจุไม่น้อยกว่า 4 กิโลกรัม จัดวางในบริเวณที่เหมาะสม โดยติดตั้งสูงจากพื้นไม่เกินกว่า 1.50 เมตร และสามารถใช้งานได้สะดวก

➤ กรณีสถานที่ตั้งอยู่ในอาคารห้างสรรพสินค้า หรือ อาคารสำนักงาน สามารถใช้การอ้างอิงระบบป้องกันอัคคีภัย และอุปกรณ์ดับเพลิงของอาคารได้ เช่น รูปถ่ายสายยางดับเพลิง(Fire hose) หรือ ระบบกระจายน้ำดับเพลิงอัตโนมัติ(sprinklers)

### 14. อุปกรณ์สำหรับดับเพลิง

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง  
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

➤ **บนซองบรรจุยา ต้องระบุ**

1. ชื่อร้าน
2. ที่อยู่ร้าน (ให้ครบถ้วนทั้งหมด)
3. หมายเลขโทรศัพท์

15. ซองบรรจุยา ที่มีชื่อร้าน ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์

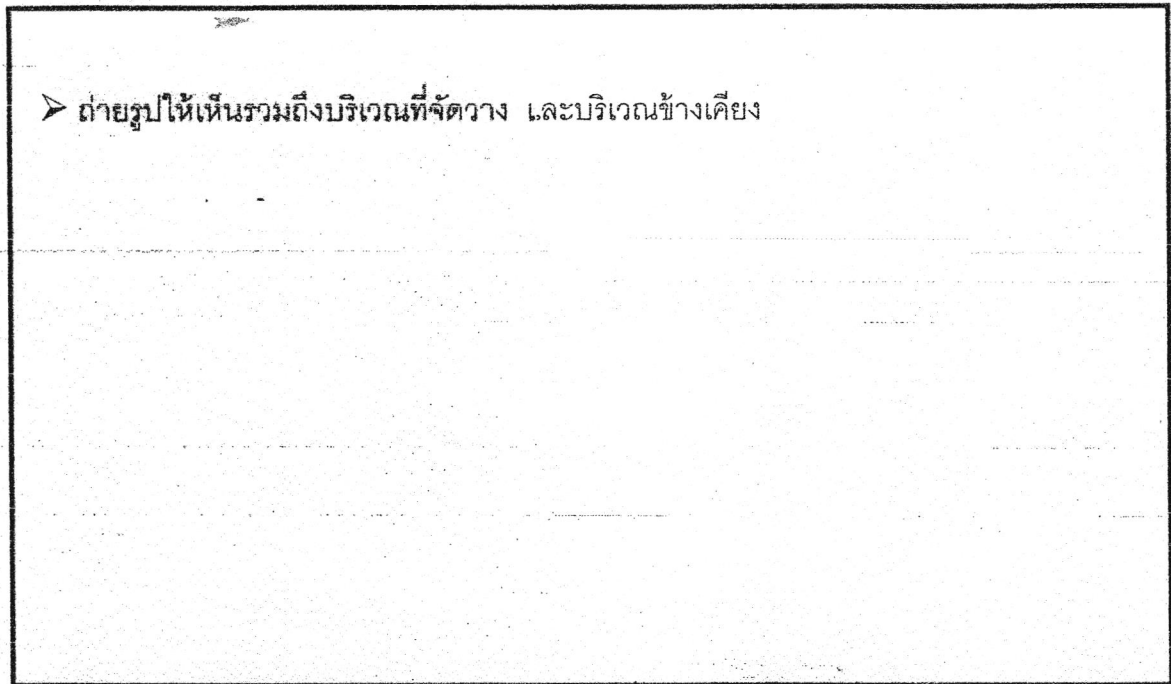
➤ **รูปถ่ายสีครึ่งตัว หรือเต็มตัวโดยเภสัชกรสวมเสื้อกาวน์สีขาว ติดเครื่องหมายสภาเภสัชกรรม พร้อมป้ายแสดงบนเสื้อว่าเป็นเภสัชกร**

16. เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (สวมเสื้อกาวน์สีขาว ติดเครื่องหมายสัญลักษณ์ของสภาเภสัชกรรม พร้อมป้ายแสดงบนเสื้อว่าเป็นเภสัชกร)

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง  
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....



➤ ถ่ายรูปให้เห็นรวมถึงบริเวณที่จัดวาง และบริเวณข้างเคียง

17. เครื่องปรับอากาศ

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง  
ลงชื่อ.....

# หนังสือมอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

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

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

จังหวัด.....โดยมี.....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการแทนนิติบุคคล ปรากฏตามหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล กระทรวงพาณิชย์ เลขที่.....ลงวันที่.....

.....เป็นผู้ดำเนินการและมีอำนาจกระทำการ หรือมอบ

อำนาจให้กระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการเกี่ยวกับการขออนุญาต การรับใบอนุญาต การต่ออายุใบอนุญาต

และกิจการอื่นใดทุกประการเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา ไม่รวมถึงการแจ้งเลิกกิจการและการ

ขอเปลี่ยนผู้รับอนุญาต.....

(หมายถึงประเภทใบอนุญาต)

การใดที่ผู้ดำเนินการและผู้รับมอบอำนาจดังกล่าว ได้กระทำไปภายใต้ขอบเขตแห่งการมอบอำนาจนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบและมีผลผูกพันข้าพเจ้าทุกประการ ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ  
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ  
(.....)

(อากรแสตมป์ 30 บาท) (ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

(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
- ขยายแผนปัจจุบัน  นำหรือสั่งขยายแผนปัจจุบัน ฯ  ผลิตรายแผนปัจจุบัน
- ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยารรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
- ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยารรรจุเสร็จสำหรับสัตว์
- ขยายแผนโบราณ  นำหรือสั่งขยายแผนโบราณ ฯ  ผลิตรายแผนโบราณ

ของ ร้าน / หจก. / หสน. / บริษัท.....

ใบอนุญาตเลขที่.....ตั้งอยู่ที่.....

ขอมอบอำนาจให้.....

บัตรประจำตัวประชาชน  บัตรประจำตัวข้าราชการ เลขที่.....

ออกให้โดย.....บัตรหมดอายุ.....

เป็นผู้กระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการเกี่ยวกับการขออนุญาต การรับใบอนุญาต การต่อใบอนุญาต การแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาต และกิจการอื่นใดทุกประเภทเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา สำหรับใบอนุญาตดังกล่าวข้างต้น

การใดที่รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายใต้ขอบเขตแห่งการมอบอำนาจนี้ ข้าพเจ้าขอ  
รับผิดชอบและมีผลผูกพันข้าพเจ้าทุกประการ ทั้งนี้ ตั้งแต่  
วันที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

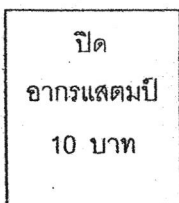
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)



## หนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (เจ้าของอาคาร) ..... อายุ ..... ปี  
อยู่บ้านเลขที่..... ซอย ..... ถนน ..... หมู่ที่ ..... ตำบล ..... อำเภอ .....  
จังหวัด ..... เป็นผู้ถือกรรมสิทธิ์ในบ้านเลขที่ ..... ซอย ..... ถนน ..... หมู่ที่ .....  
ตำบล ..... อำเภอ..... จังหวัด .....

ขอทำหนังสือฉบับนี้ขึ้นเพื่อแสดงว่าข้าพเจ้ายินยอมให้(ผู้ขอประกอบการ).....  
อายุ ..... ปี อยู่บ้านเลขที่ ..... ซอย..... ถนน ..... หมู่ที่..... ตำบล .....  
อำเภอ ..... จังหวัด ..... ใช้สถานที่ตามสถานที่ดังกล่าวข้างต้น ในการประกอบกิจการ

ได้ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เป็นต้นไป จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ขอรับรองว่าหนังสือฉบับนี้ได้ทำขึ้นโดยถูกต้องตามความเป็นจริง ทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... ผู้ให้คำยินยอม  
( ..... ) ตัวบรรจง

(ลงชื่อ) ..... ผู้ขอประกอบการ  
( ..... ) ตัวบรรจง

(ลงชื่อ) ..... พยาน  
( ..... ) ตัวบรรจง

หมายเหตุ ให้แนบเอกสารดังนี้ประกอบด้วย พร้อมทั้งรับรองสำเนาถูกต้อง

1. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ให้คำยินยอม / เจ้าของบ้าน
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ให้คำยินยอม / เจ้าของบ้าน

หากมีสัญญาเช่าร้าน ให้ถ่ายสำเนาสัญญาเช่าพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องแทนหนังสือนี้