



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
Food and Drug Administration

ใบตรวจรับเอกสารประกอบคำขอรับใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษ
ในประเภท 2 หมวด ค สำหรับสถานพยาบาลเอกชน

ชื่อสถานประกอบการ.....ชื่อผู้ดำเนินการ.....

บุคคลธรรมดา

นิติบุคคล

สำหรับ ผู้ประกอบการ	การตรวจรับเอกสาร	สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ		
		มี		ไม่มี
		ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
<input type="checkbox"/>	1) แบบคำขอรับใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 (แบบ ย.ส. 1)			
<input type="checkbox"/>	2) รูปถ่ายผู้ดำเนินการ ขนาด 3x4 เซนติเมตร จำนวน 3 รูป (ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน)			
<input type="checkbox"/>	3) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดำเนินการ			
<input type="checkbox"/>	4) สำเนาบัตรข้าราชการ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้ดำเนินการ			
<input type="checkbox"/>	5) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ประกอบวิชาชีพทันตกรรม/ ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม/ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ ของผู้ดำเนินการ			
<input type="checkbox"/>	6) สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. 7)			
<input type="checkbox"/>	7) สำเนาหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. 12) ในปัจจุบัน			
<input type="checkbox"/>	8) สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ. 19) ที่ต่ออายุในปัจจุบันแล้ว และลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง			
<input type="checkbox"/>	9) สำเนาทะเบียนบ้าน ของสถานพยาบาล			
<input type="checkbox"/>	10) รูปถ่ายคลินิก หรือโรงพยาบาล จำนวน 2 รูป (รูปที่ 1 แสดงลักษณะอาคาร, รูปที่ 2 แสดงป้าย,เลขที่ของสถานที่ตั้ง)			
<input type="checkbox"/>	11) แผนที่ตั้งของสถานพยาบาล			
	12) เอกสารเพิ่มเติมกรณีนิติบุคคล			
<input type="checkbox"/>	12.1) สำเนาหนังสือรับรองที่ออกโดยสำนักงานทะเบียนหุ้นส่วนบริษัท กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ (ล่าสุดไม่เกิน 6 เดือน)			
<input type="checkbox"/>	12.2) สำเนาบัตรประจำตัวผู้เสียภาษี ของนิติบุคคล			
<input type="checkbox"/>	12.3) สำเนาทะเบียนบ้านของสำนักงานใหญ่ (ที่อยู่ในหนังสือจดทะเบียนนิติบุคคล)			
<input type="checkbox"/>	12.4) หนังสือมอบอำนาจจากกรรมการผู้มีอำนาจลงนามก่อพันธผูกพันแทนบริษัท มอบให้ผู้ขอรับใบอนุญาตเป็น “ผู้ดำเนินการ”			
<input type="checkbox"/>	12.5) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้มอบอำนาจ			
<input type="checkbox"/>	12.6) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับมอบอำนาจ			
	13) เอกสารเพิ่มเติมกรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นมายื่นเอกสาร			
<input type="checkbox"/>	13.1) หนังสือมอบอำนาจให้ผู้อื่นมายื่นเอกสารเกี่ยวกับใบอนุญาตฯ วัตถุประสงค์			
<input type="checkbox"/>	13.2) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้มอบอำนาจ			
<input type="checkbox"/>	13.3) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับมอบอำนาจ			
	14) ค่าธรรมเนียม 1,000 บาท			
<input type="checkbox"/>	14.1) กรุงเทพฯ กรณีมาติดต่อด้วยตนเอง ชำระด้วยเงินสดหรือ แคนเชียร์เช็ค /หากส่งทาง ไปรษณีย์ ชำระเป็น แคนเชียร์เช็ค ส่งจ่ายสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา			
<input type="checkbox"/>	14.2) ต่างจังหวัด กรณีมาติดต่อด้วยตนเอง ชำระด้วยเงินสดหรือตั๋วแลกเงินธนาคาร (Draft) / หากส่งทางไปรษณีย์ ชำระเป็นตั๋วแลกเงินธนาคาร (Draft) ส่งจ่ายสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา			

เลขรับที่..... วันที่..... (สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

ที่ปิดรูปถ่าย ของผู้รับใบอนุญาต หรือผู้ดำเนินการ ขนาด 3x4 เซนติเมตร

คำขอรับใบอนุญาต

จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

1. ข้าพเจ้า.....

(ชื่อผู้ขอรับใบอนุญาต)

อยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

2. ซึ่งมีผู้ดำเนินการ ชื่อ.....อายุ.....ปี

สัญชาติ.....อยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

3. ขอรับใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ในหมวด..... (1)

หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ในหมวด..... (1)

4. สถานที่ทำการ ชื่อ.....อยู่เลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

5. วัตถุประสงค์ในการขอรับใบอนุญาต.....

6. ชื่อยาเสพติดให้โทษที่ขอรับใบอนุญาตตาม 3.

.....

7. พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

- (1) สำเนาหรือรูปถ่ายทะเบียนบ้าน
- (2) สำเนาหรือรูปถ่ายใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือใบอนุญาตประกอบกรบำบัดโรคสัตว์
- (3) หนังสือแสดงว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการของนิติบุคคลผู้ขอรับใบอนุญาตตาม 2.
- (4) สำเนารูปถ่ายใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาล หรือใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันแล้วแต่กรณี
- (5) รูปถ่ายของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ดำเนินการ ขนาด 3 x 4 เซนติเมตร จำนวน 3 รูป

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

- หมายเหตุ (1) หมวด ก. สำหรับกระทรวง ทบวง กรม องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น รวมทั้งกรุงเทพมหานคร สภากาชาดไทย หรือองค์การเภสัชกรรม
- หมวด ข. สำหรับผู้ประกอบการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศ
- หมวด ค. สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาเภสัชกรรมหรือทันตกรรม หรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่ง
- (2) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

“ ตัวอย่างการกรอกแบบ ย.ส.1 ”

แบบ ย.ส. 1

เลขรับที่.....
วันที่.....
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

สถานพยาบาล

ที่ปิดรูปถ่าย
ของผู้รับใบอนุญาต
หรือผู้ดำเนินการ
ขนาด 3x4
เซนติเมตร

คำขอรับใบอนุญาต

จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

1. ข้าพเจ้า.....นิติบุคคลกรอกชื่อ บริษัท, หกค., มูลนิธิ, สมาคมฯ.....

(ชื่อผู้ขอรับใบอนุญาต)

อยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

2. ซึ่งมีผู้ดำเนินการ ชื่อ.....ชื่อผู้ดำเนินการในใบอนุญาตฯ.....อายุ.....ปี

สัญชาติ.....อยู่เลขที่.....กรอกที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

3. ขอรับใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ในหมวด.....ก..... (1)

หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ในหมวด.....-..... (1)

4. สถานที่ทำการ ชื่อ.....ชื่อสถานพยาบาล / ชื่อสถานที่.....อยู่เลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

5. วัตถุประสงค์ในการขอรับใบอนุญาต.....สถานพยาบาลระบุ เพื่อใช้ในสถานพยาบาล.....

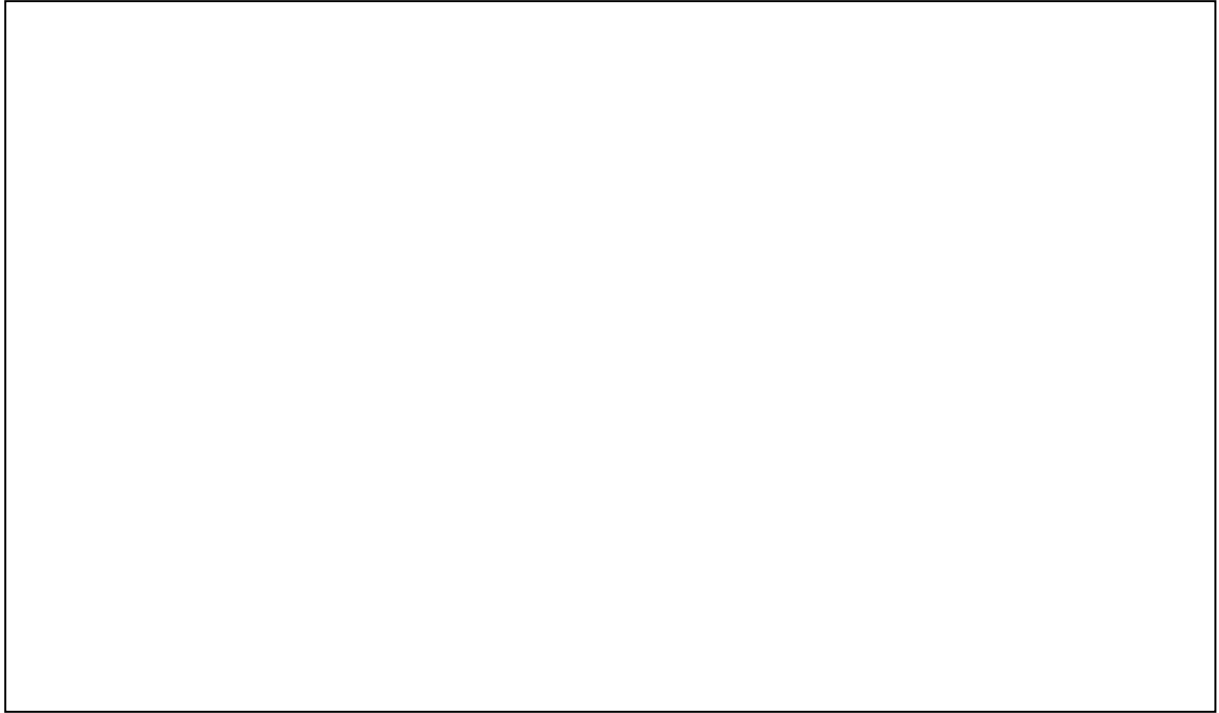
6. ชื่อยาเสพติดให้โทษที่ขอรับใบอนุญาตตาม 3. Cocaine, Codeine, Fentanyl, Methadone, Morphine, Pethidine, Tincture Opium

7. พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ
- (6) สำเนาหรือรูปถ่ายทะเบียนบ้าน
 - (7) สำเนาหรือรูปถ่ายใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือ ใบอนุญาตประกอบการบำบัดโรคสัตว์
 - (8) หนังสือแสดงว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการของนิติบุคคลผู้ขอรับใบอนุญาตตาม 2.
 - (9) สำเนารูปถ่ายใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาล หรือใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันแล้วแต่กรณี
 - (10) รูปถ่ายของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ดำเนินการ ขนาด 3 x 4 เซนติเมตร จำนวน 3 รูป

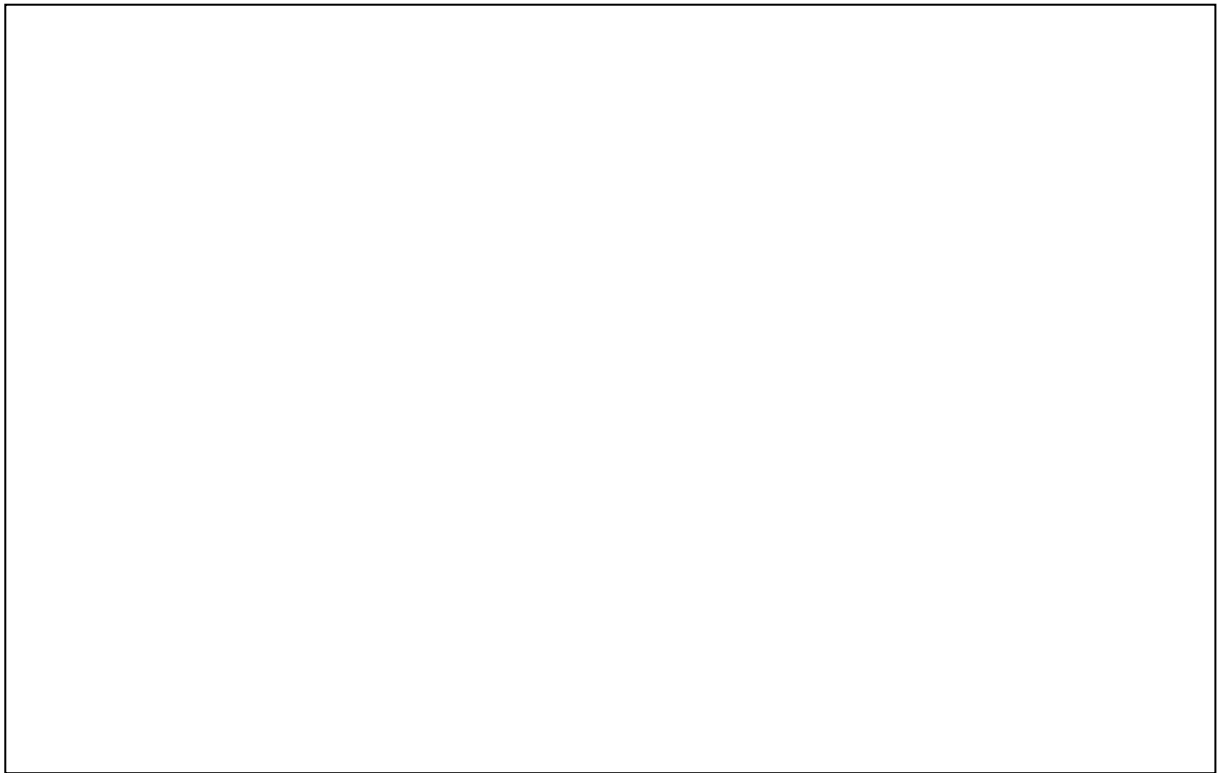
(ลายมือชื่อ).....ผู้ดำเนินการในใบอนุญาตฯ.....ผู้ยื่นคำขอ

- หมายเหตุ (1) หมวด ก. สำหรับกระทรวง ทบวง กรม องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น รวมทั้งกรุงเทพมหานคร สภากาชาดไทย หรือองค์กรเภสัชกรรม
- หมวด ข. สำหรับผู้ประกอบการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศ
- หมวด ค. สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาเภสัชกรรมหรือทันตกรรม หรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่ง
- (2) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

ชื่อสถานพยาบาล



1. ภาพลักษณะของอาคารสถานที่ขออนุญาต



2. ด้านหน้าสถานที่ (ป้าย , เลขที่)

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ
(.....)
ผู้ขออนุญาต
วันที่

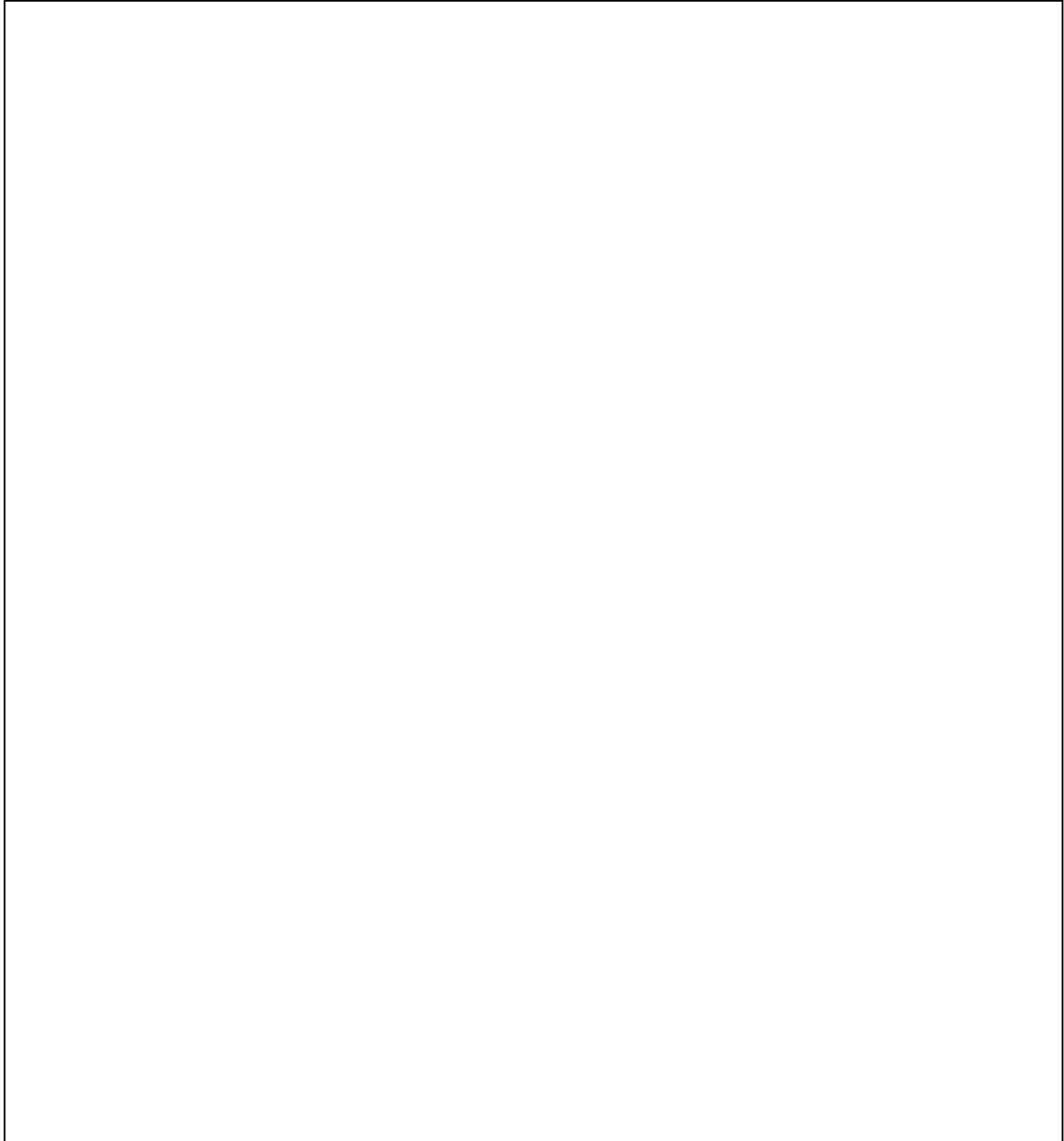
แผนที่ที่ตั้งของ สถานพยาบาลชื่อ เวลาทำการ

ตั้งอยู่เลขที่ ตรอก/ซอย อาคาร

ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด โทรศัพท์

อยู่ใกล้สถานที่ที่สังเกตได้โดยง่าย คือ



รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ
(.....)
ผู้ขอรับอนุญาต
วันที่

หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาต

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....
และนาย / นาง / นางสาว.....กรรมการผู้มีอำนาจลงนามแทน
บริษัท/หจก./หสน.ซึ่งตั้งอยู่เลขที่.....

ขอมอบอำนาจให้ นาย / นาง / นางสาว.....
เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาต.....
แทนบริษัทฯ/หจก.ฯ/หสน.ฯ

การใดที่ นาย / นาง / นางสาว.....
ได้กระทำไป ให้ถือเสมือนว่าเป็นการกระทำของข้าพเจ้า และบริษัทฯ/หจก.ฯ/หสน.ฯ ขอรับผิดชอบทุกประการ

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ติดอากร 30.- บาท
ประทับตราบริษัทฯ (ถ้ามี)

ถ่ายเอกสารบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ พร้อมรับรองสำเนาแนบมาด้วย

หนังสือมอบอำนาจ
ให้ผู้ยื่นภาษีและรับเอกสารเกี่ยวกับ 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)

กรุณากรอรายละเอียดให้ครบถ้วน : ถ้าส่งเอกสารทางไปรษณีย์ไม่ต้องใช้หนังสือมอบอำนาจ