

เลขรับที่

วันที่

ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ

คำขอต่ออายุใบอนุญาต

- ☐ ขยายยาแผนปัจจุบัน
- ☐ ขยายส่งยาแผนปัจจุบัน
- ☐ ขยายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสำเร็จที่ไม่ใช่
ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
- ☐ ขยายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสำเร็จสำหรับสัตว์

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า

(ชื่อผู้รับอนุญาต)

มีผู้ดำเนินการ ชื่อ..... (เฉพาะกรณีนิติบุคคล)

เลขที่บัตรประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ได้รับอนุญาตให้ขยาย.....

ใบอนุญาตเลขที่..... ณ สถานที่ขยายชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่..... ตรอก / ซอย ถนน.....

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

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

ขอต่ออายุใบอนุญาตดังกล่าว เพื่อใช้ต่อไปในปี พ.ศ.....

ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามมาตรา ๑๔ ของพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ ซึ่งไม่เป็นบุคคลล้มละลาย และ
ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

- (๑) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับรองว่าผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินการสุขภาพแข็งแรงและ
ไม่เป็นโรคตามมาตรา ๑๔ (๖) แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐
- (๒) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับรองว่าผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการมีสุขภาพแข็งแรงสามารถประกอบวิชาชีพได้
- (๓) ใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแผนปัจจุบันหรือไบแทน
- (๔) เอกสารแสดงว่าผู้ดำเนินการซึ่งเป็นผู้แทนหรือผู้จัดการนิติบุคคลของนิติบุคคล (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)
- (๕) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับอนุญาต
- (๖) คำรับรองตามแบบ ข.ย. ๑๔ พร้อมเอกสารประกอบ
- (๗) ผลการตรวจประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน
- (๘) เอกสารอื่นๆ (ถ้าจำเป็น)

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....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.....

- (1) ข้าพเจ้าเป็น ☐ ผู้สำเร็จหลักสูตรการอบรมตามมาตรา 48 แห่งพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522
(เฉพาะสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ)

ใบประกอบวิชาชีพ/หนังสือรับรอง เลขที่.....

ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... วันหมดอายุ (ถ้ามี).....

- (2) ข้าพเจ้าไม่อยู่ระหว่างการพักใช้ใบประกอบวิชาชีพ

- (3) ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขณะนี้ข้าพเจ้ามิได้เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแห่งใด

- (4) ขณะนี้ข้าพเจ้า ☐ ไม่ได้รับราชการหรือทำงานอยู่แห่งใด

☐ รับราชการหรือทำงานอยู่ที่.....

เวลาราชการ/เวลาทำงาน.....

- (5) ข้าพเจ้าจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำ ณ สถานที่ขายยาชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

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

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

เวลาปฏิบัติการ.....

(6) ข้าพเจ้ารับทราบและจะปฏิบัติตามหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่กำหนดไว้ ตลอดระยะเวลาที่ข้าพเจ้าเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่แห่งนี้โดยเคร่งครัด

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

- (1) สำเนาทะเบียนบ้าน
- (2) สำเนาบัตรประชาชน
- (3) คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน พร้อมตราประทับในกรณีรับราชการหรือทำงาน (ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด)
- (4) เอกสารอื่นๆ (ถ้าจำเป็น)

ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

กรณีการขอใบอนุญาตใหม่ ให้ทำคำรับรองนี้ต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ให้คำรับรอง

(ลายมือชื่อ)..... พนักงานเจ้าหน้าที่

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

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 คือสังกัด (แผนก/ฝ่าย).....

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

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ตราประทับ
หน่วยงาน

(.....)

ตำแหน่ง.....

เฉพาะกรณีที่เกิดข้อบกพร่องในการให้บริการ หรือ ทำงานประจำ (ให้กรอกข้อความ อ่าน และลงนามข้างล่างนี้)

ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่ได้รับราชการหรือทำงานประจำที่ใด

ทั้งนี้ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกลงโทษตามกฎหมายและความเดือดร้อนต่อเจ้าพนักงาน

ลงชื่อ.....

(.....)

เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ