

ที่ สฎ ๐๐๓๓.๐๑๔/๑๖๓๙



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
ถนนการุณราชบุรี อำเภอเมืองฯ
จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๘๕๐๐๐

๗ ตุลาคม ๒๕๖๕

เรื่อง การต่ออายุใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

เรียน ผู้รับอนุญาต

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารหลักฐานประกอบการขอต่ออายุใบอนุญาต

จำนวน ๑ ชุด

ด้วย ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันที่ทางราชการได้ออกไว้ให้ระบุนวันสิ้นอายุของใบอนุญาตฯ ในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕ นั้น ผู้รับอนุญาตที่ประสงค์จะประกอบกิจการต่อในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ต้องยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ และแนบเอกสารหลักฐานประกอบ (สิ่งที่ส่งมาด้วย)

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ขอให้ท่านดำเนินการข้อใดข้อหนึ่ง ต่อไปนี้

๑. ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตฯ ทางไปรษณีย์โดยส่งมาที่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ถนนการุณราชบุรี อำเภอเมืองฯ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๘๕๐๐๐ โดยเอกสารต้องถูกต้องครบถ้วนและส่งทางไปรษณีย์ภายในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕

๒. ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตฯ ด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อื่นยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต ณ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ (OSSC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้ตั้งแต่วันที่ ๑๕ ตุลาคม ถึง ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕ ในวันและเวลาราชการ

ทั้งนี้ หากท่านดำเนินการภายหลังที่ใบอนุญาตสิ้นอายุแล้ว โดยมีได้ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต จะมีความผิดตามมาตรา ๑๗ แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ ต้องระวางโทษปรับวันละ ๑๐๐ บาท นับแต่วันถัดจากวันที่ใบอนุญาตสิ้นอายุจนถึงวันที่ยื่นคำขอผ่อนผันต่ออายุใบอนุญาต และหากพ้นกำหนดเวลาหนึ่งเดือนนับแต่วันที่ใบอนุญาตสิ้นอายุจะไม่สามารถต่ออายุใบอนุญาตได้ โดยจะต้องยื่นขอรับใบอนุญาตใหม่ เท่านั้น

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสำเนียง แสงสว่าง)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รักษาราชการแทน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ (งานยา)

โทรศัพท์และโทรสาร ๐๗๗-๒๓๒๗๘๔ ต่อ ๒๒๒

ID Line : @๕๖๔bbczi

เอกสารหลักฐานประกอบการต่ออายุใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน เพื่อใช้ในปี ๒๕๖๕

ผู้รับอนุญาต

๑. ใบอนุญาตต้นฉบับ (ฉบับจริง)
๒. คำขอต่ออายุใบอนุญาต แบบ ข.ย. ๑๕
๓. ใบรับรองแพทย์ระบุ ๕ โรคตามประกาศฯ (ไม่เกิน ๓ เดือน) จำนวน ๑ ฉบับ
๔. กรณีใบอนุญาตเดิม หมดพื้นที่การต่ออายุ : รูปถ่ายของผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินการ รูปถ่ายสีขนาด ๓ x ๔ ซม. ถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๒ รูป (หน้าตรง ไม่ยิ้ม ไม่สวมแว่นตาและหมวก พื้นหลังสีเขียว)
๕. เฉพาะ ขย.๒ และ ขย. ๓ ส่งแบบบันทึกเพื่อประเมินตนเอง (Self Assessment) ทดแทนการตรวจ GPP

กรณีนิติบุคคล มีเอกสารเพิ่มเติม คือ

๖. หนังสือรับรองนิติบุคคล ไม่เกิน ๖ เดือน
๗. หนังสือมอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ

ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ทุกคน (ถ้ามีหลายคน)

๑. ใบรับรองแพทย์ระบุ ๕ โรคตามประกาศฯ (ไม่เกิน ๓ เดือน) จำนวน ๑ ฉบับ
๒. คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ แบบ ข.ย. ๑๔
๓. คำรับรองการปฏิบัติการจากหน่วยงาน แบบ ข.ย. ๑๔ หน้า ๓

หมายเหตุ

- ใบรับรองแพทย์ ระบุ ๕ โรค (โรคเรื้อน/วัณโรคในระยะในอันตราย/โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม /โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง/โรคพิษสุราเรื้อรัง)
- กรณีเปลี่ยนผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ให้คนใหม่มาแสดงตนและยื่นเอกสารขอเปลี่ยนแปลงผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
- กรณีมอบให้ผู้อื่นมายื่นเอกสารแทน ต้องมีหนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบและผู้รับมอบ และติดอากรแสตมป์จำนวน ๑๐ บาท ให้เรียบร้อย

ค่าธรรมเนียม	
-ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.๑)	๒,๐๐๐ บาท
-ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (ขย.๒)	๑,๐๐๐ บาท
-ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์ (ขย.๓)	๑,๐๐๐ บาท
ค่าคำขอตาม	
-คำขอต่ออายุใบอนุญาตด้านยา ประเภทละ	๕๐๐ บาท
-ค่าตรวจประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (GPP) เฉพาะร้านยา ขย.๑	๓,๐๐๐ บาท

*** ทั้งนี้ สามารถรับใบอนุญาตสำหรับปี ๒๕๖๕ ได้ตั้งแต่วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ เป็นต้นไป โดยหากท่านไม่แสดงใบอนุญาตขายยา ณ สถานที่ขายยา มีความผิดตามมาตรา ๒๙ แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ ระวังโทษปรับไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาท หากไม่สามารถมารับใบอนุญาตด้วยตนเอง ต้องมีหนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบและผู้รับมอบ และติดอากรแสตมป์จำนวน ๑๐ บาทให้เรียบร้อย ***

การยื่นเอกสารต่ออายุใบอนุญาตทางไปรษณีย์ ทำตามขั้นตอนดังนี้

1. เพิ่มเพื่อน Line Q R code งานยา Line : @564bbcjz



2. แจ้งเจ้าหน้าที่ ว่าได้ส่งไปรษณีย์แล้ว พร้อมแจ้ง 1.ชื่อ-สกุลผู้รับอนุญาต 2.หมายเลขบัตรประชาชน 3.ชื่อร้านยาตามใบอนุญาต 4. เลขที่ใบอนุญาต 5. หมายเลขโทรศัพท์ (กรณีนิติบุคคลแจ้งหมายเลขนิติบุคคล และชื่อ-สกุล/หมายเลขบัตรประชาชน/หมายเลขโทรศัพท์ ของผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ชำระเงิน)
3. หลังจากเจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนจะส่งใบสั่งชำระเงินให้ท่านทาง line
4. ทั้งนี้หากท่านต้องการให้ส่งใบอนุญาตกลับขอให้ท่านแนบซองเปล่าขนาด A4 จ่าหน้าซองถึงตัวท่านเองพร้อมติดแสตมป์ 50 บาท

****ขอเน้นย้ำให้ท่านเตรียมเอกสารการต่ออายุให้ครบถ้วนเพื่อความสะดวกรวดเร็ว****

การตรวจประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (GPP) ในปีนี้

1. ร้านยา ขย. 1 : เจ้าหน้าที่จะลงตรวจร้านยา โดยให้ผู้รับอนุญาตนำแบบสรุปผลการตรวจ ประกอบการยื่นขอต่ออายุใบอนุญาตด้วย (ชำระค่าตรวจ GPP จำนวน 3,000 บาทเมื่อยื่นต่ออายุ)
2. ร้านยา ขย. 2 และ 3 : ให้ผู้รับอนุญาตทำแบบบันทึกการประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน GPP เพื่อเป็นการประเมินตนเอง และนำแบบบันทึกยื่นขอต่ออายุใบอนุญาตด้วย (ไม่ต้องชำระค่าตรวจ GPP เนื่องจากเจ้าหน้าที่ไม่ได้ตรวจ GPP)

**** พนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510**

สามารถเข้าตรวจเฝ้าระวังร้านขายยาประจำปีได้ นอกเหนือจากการตรวจ GPP **



แบบสรุปผลการตรวจประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน
(Good Pharmacy Practice : GPP)
เพื่อใช้ประกอบการต่ออายุ ปี ๒๕๖๕

ชื่อร้านยา เลขที่ใบอนุญาต

อำเภอ วันที่รับการตรวจ

ผลการตรวจประเมิน

หมวดที่	คะแนนที่ได้	คะแนนเต็ม	ร้อยละ
๑.สถานที่			
๒.อุปกรณ์			
๓.บุคลากร			
๔.การควบคุมคุณภาพยา			
๕.การปฏิบัติตามวิธีทางเภสัชกรรม ชุมชน			
ร้อยละเฉลี่ย			

สรุปผลการประเมิน

ผ่าน

ไม่ผ่าน

ส่วนที่บกพร่อง/แก้ไข

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ ผู้รับอนุญาต /ผู้แทน ลงชื่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
(.....) (.....)

ลงชื่อ ผู้ประเมิน ๑ ลงชื่อ ผู้ประเมิน ๒
(.....) (.....)

ลงชื่อ ผู้ประเมิน ๓/พยาน ลงชื่อ ผู้ประเมิน ๔/พยาน
(.....) (.....)

*** เฉพาะผู้รับอนุญาตร้านยา ขย.๑ โปรดนำเอกสารฉบับนี้มาเป็น
หลักฐานการต่ออายุด้วย ***

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ

คำขอต่ออายุใบอนุญาต

- ขยายแผนปัจจุบัน
- ขยายสัญญาแผนปัจจุบัน
- ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
- ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า

(ชื่อผู้รับอนุญาต)

มีผู้ดำเนินการ ชื่อ..... (เฉพาะกรณีนิติบุคคล)

เลขที่บัตรประชาชน ได้รับอนุญาตให้ขยายยา.....

ใบอนุญาตเลขที่..... ณ สถานที่ขยายยาชื่อ.....

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

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

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

ขอต่ออายุใบอนุญาตดังกล่าว เพื่อใช้ต่อไปในปี พ.ศ.....

ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามมาตรา ๑๔ ของพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ ซึ่งไม่เป็นบุคคลล้มละลาย และข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

- (๑) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับรองว่าผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินการสุขภาพแข็งแรงและไม่เป็นโรคตามมาตรา ๑๔ (๖) แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐
- (๒) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับรองว่ามีหน้าที่ปฏิบัติการมีสุขภาพแข็งแรงสามารถประกอบวิชาชีพได้
- (๓) ใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแผนปัจจุบันหรือใบแทน
- (๔) เอกสารแสดงว่าผู้ดำเนินการซึ่งเป็นผู้แทนหรือผู้จัดการนิติบุคคลของนิติบุคคล (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)
- (๕) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับอนุญาต
- (๖) คำรับรองตามแบบ ข.ย. ๑๔ พร้อมเอกสารประกอบ
- (๗) ผลการตรวจประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน
- (๘) เอกสารอื่น ๆ (ถ้าจำเป็น)

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ยื่นคำขอ
(.....) ตัวบรรจง)

หมายเหตุ :- ใส่เครื่องหมาย ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

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

(๖) ข้าพเจ้ารับทราบและจะปฏิบัติตามหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่กำหนดไว้ ตลอดระยะเวลาที่ข้าพเจ้าเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติภารกิจของสถานที่แห่งนี้โดยเคร่งครัด

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

(๑) สำเนาทะเบียนบ้าน

(๒) สำเนาบัตรประชาชน

(๓) คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน พร้อมตราประทับในกรณีรับราชการหรือทำงาน

(๔) เอกสารอื่น ๆ (ถ้าจำเป็น)

ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

กรณีการขอใบอนุญาตใหม่ ให้ทำคำรับรองนี้ต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ให้คำรับรอง

(ลายมือชื่อ)..... พนักงานเจ้าหน้าที่

คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน
เพื่อเป็นหลักฐานประกอบคำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในการเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในร้านขายยา
ตามกฎหมายกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

พ.ศ. ๒๕๕๖

เขียนที่
วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

ข้าพเจ้า
ตำแหน่ง ชื่อหน่วยงาน
ตั้งอยู่ ณ เลขที่ หมู่บ้าน/อาคาร ตรอก/ซอย
หมู่ที่ ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
มือถือ E-mail

เป็นผู้บังคับบัญชา / หัวหน้างาน ของ

เลขที่บัตรประชาชน เป็นผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบ และปฏิบัติงานในตำแหน่ง
ประจำ คือ สังกัด (แผนก/ฝ่าย)
ในหน่วยงานชื่อ เวลาปฏิบัติงานในหน่วยงาน คือ น.

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ



(.....)
ตำแหน่ง

เฉพาะกรณีที่เภสัชกรไม่ได้รับราชการ หรือ ทำงานประจำ (ให้กรอกข้อความ อ่านและลงนามข้างล่างนี้)

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่ได้รับราชการหรือทำงานประจำที่ใด
ทั้งนี้ข้าพเจ้าทราบว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

ลงชื่อ
(.....)
เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

หนังสือมอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินกิจการ

เขียนที่.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

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

ถนน หมู่ที่ ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด..... โดยมี

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

ให้.....เป็นผู้ดำเนินกิจการและมีอำนาจทำการ หรือมอบอำนาจ

ให้กระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการเกี่ยวกับการขออนุญาต การรับใบอนุญาต การต่ออายุใบอนุญาตและ

กิจการอื่นใดทุกประการเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา ไม่รวมถึงการแจ้งเลิกกิจการ

และ การขอเปลี่ยนผู้รับอนุญาต

(ประเภทใบอนุญาต)

การใดที่ผู้ดำเนินกิจการและผู้รับมอบอำนาจดังกล่าว ได้กระทำภายใต้ขอบเขตแห่งการ

มอบอำนาจนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบและมีผลผูกพันข้าพเจ้าทุกประการ ทั้งนี้

ตั้งแต่วันที่.....

(ลงชื่อ)..... ผู้มอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินกิจการ

(.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้มอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินกิจการ

(.....)

(อากร

แสตมป์

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 ผู้ดำเนินการ ผู้ขออนุญาต
- ขยายแผนปัจจุบัน นำหรือส่งยาแผนปัจจุบัน ฯ ผลิทยาแผนปัจจุบัน
- ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
- ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์
- ขยายแผนโบราณ นำหรือส่งยาแผนโบราณ ฯ ผลิทยาแผนโบราณ

ของ ร้าน / หจก. / หสน. / บริษัท.....

ใบอนุญาตเลขที่..... ตั้งอยู่ที่.....

ขอมอบอำนาจให้.....

บัตรประจำตัวประชาชน บัตรประจำตัวข้าราชการ เลขที่.....

ออกให้โดย.....บัตรหมดอายุ.....

เป็นผู้กระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการเกี่ยวกับ การขออนุญาต การรับใบอนุญาต การต่อใบอนุญาต ลงนามเป็นผู้ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต การแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาต และ กิจการอื่นใดทุกประการ เกี่ยวกับการประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา สำหรับใบอนุญาตดังกล่าวข้างต้น

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายใต้ขอบเขตแห่งการมอบอำนาจนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบ และมีผลผูกพันข้าพเจ้าทุกประการ ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่.....

ปิด
อากรแสตมป์
10 บาท

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)