

**ชุดคำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน  
เฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์**

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

โทร 077-283703 หรือ 077-272784

Email : [drugsurat@gmail.com](mailto:drugsurat@gmail.com)

## เอกสารที่ผู้ขออนุญาตหรือผู้ดำเนินการต้องเตรียม

### [ ] บุคคลธรรมดา

- [ ] คำขออนุญาต (ข.ย.3)
- [ ] รูปถ่ายของผู้ขออนุญาต ขนาด 3 x 4 ซม. 3 รูป (รูปถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)
- [ ] สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาตพร้อมตัวจริง
  - หนังสือขออนุญาตทำงานที่ออกโดยกระทรวงแรงงานฯและหนังสือเดินทาง (บุคคลต่างด้าว)
- [ ] สำเนาบัตรประชาชนของผู้ขออนุญาตพร้อมตัวจริง
- [ ] ใบรับรองแพทย์ของผู้ขออนุญาต (ระบุโรคต้องห้ามตามกฎหมายกระทรวง ได้แก่ โรคเรื้อน, วัณโรคในระยะอันตราย, โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม, โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง, โรคพิษสุราเรื้อรัง)
- [ ] สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ จำนวน 3 ชุด
- [ ] หลักทรัพย์ (สมุดเงินฝากหรือโฉนดที่ดิน) สมุดเงินฝากจำนวนเงินตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป หรือ
  - หนังสือรับรองเงินฝากจากสถาบันการเงิน ไม่นานเกิน 3 เดือน หรือ
  - สำเนาโฉนดที่ดินที่ไม่ติดภาระผูกพันพร้อมตัวจริง
- [ ] สัญญาเช่า (กรณีเช่าสถานที่) หรือหนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่
- [ ] สำเนาบัตรประชาชนของเจ้าของสถานที่ที่ให้เช่าหรือยินยอม ฯ
- [ ] สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ที่ขออนุญาต
  - กรณีทะเบียนบ้านไม่มีผู้อาศัย (ทะเบียนบ้านลอย)
    - [ ] สำเนาสัญญาซื้อ-ขายสิ่งปลูกสร้าง ฯ
    - หรือ [ ] สำเนาใบอนุญาตก่อสร้าง ฯ
    - หรือ [ ] สำเนาเอกสารอ้างกรรมสิทธิ์
- [ ] หนังสือมอบอำนาจ ถ้าผู้ขออนุญาตหรือผู้ดำเนินการไม่สามารถมาติดต่อด้วยตนเอง พร้อมอากรแสตมป์ 10 บาท

### 2. เอกสารที่ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องเตรียม

- [ ] คำรับรอง (แบบ ข.ย. 14) ต้องมาเซ็นชื่อต่อหน้าเจ้าหน้าที่
- [ ] ใบประกอบโรคศิลปะพร้อมสำเนา และต้องผ่านการรับรองจากสภาเภสัชกรรม
- [ ] สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประชาชน

### 3. อื่น ๆ

- [ ] รูปถ่าย แผนที่ แผนผัง ของสถานที่ที่ขออนุญาต จำนวน 2 ชุด (ตามแบบ)
- [ ] ค่าธรรมเนียมใบอนุญาต จำนวน 1,000 บาท ชำระเงินในวันที่รับใบอนุญาต

### [ ] บริษัทหรือห้างหุ้นส่วนจำกัด

- [ ] คำขออนุญาต (ข.ย.3)
- [ ] รูปถ่ายของผู้ดำเนินการ ขนาด 3 x 4 ซม. 3 รูป (รูปถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)
- [ ] สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดำเนินการพร้อมตัวจริง
  - หนังสือขออนุญาตทำงานที่ออกโดยกระทรวงแรงงานฯและหนังสือเดินทาง (บุคคลต่างด้าว)
- [ ] สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดำเนินการพร้อมตัวจริง
- [ ] ใบรับรองแพทย์ของผู้ดำเนินการ (ระบุโรคต้องห้ามตามกฎหมายกระทรวง ได้แก่ โรคเรื้อน, วัณโรคในระยะอันตราย, โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม, โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง, โรคพิษสุราเรื้อรัง)
- [ ] สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ จำนวน 3 ชุด
- [ ] หนังสือรับรองจดทะเบียนพร้อมวัตถุประสงค์
- [ ] หนังสือมอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ (ตามแบบ) ติดอากรแสตมป์ 30 บาท
- [ ] สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประชาชนของกรรมการผู้ลงนามแต่งตั้ง ฯ
- [ ] สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ที่ขออนุญาต

กรณีเข้าสถานที่ของหน่วยงานของทางราชการหรือเอกชน เช่น

- |                                  |   |                   |
|----------------------------------|---|-------------------|
| - การเคหะแห่งชาติ                | } | หน่วยงานของราชการ |
| - ที่ทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ |   |                   |
| - สถานที่ของวัด                  |   |                   |
| - ฯลฯ                            |   |                   |
| <br>                             |   |                   |
| - ห้างสรรพสินค้า                 | } | เอกชน             |
| - คอนโดมิเนียม                   |   |                   |
| - อาคารชุด                       |   |                   |
| - ฯลฯ                            |   |                   |


ให้ใช้หลักฐานของผู้มีอำนาจหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายกระทำการแทน และประทับตรารับรองของหน่วยงานนั้นๆ กรณีที่มีใบเสร็จชำระเงินค่าเช่า ให้แนบหลักฐานมาด้วย

- หมายเหตุ
1. กรณีที่ผู้ขออนุญาต หรือ ผู้ดำเนินกิจการเป็นคนต่างชาติด เอกสารที่ใช้ประกอบในการยื่นคำขอ จะต้องมืหนังสือขออนุญาตทำงานที่ออกโดยกระทรวงแรงงานฯ และหนังสือเดินทาง
  2. เพื่อสะดวกในการตรวจสอบเอกสารและนำเสนอขออนุมัติ โปรดจัดเรียงเอกสารให้เรียบร้อย และกรอกรายละเอียดที่ตั้ง หมายเลขโทรศัพท์ รหัสไปรษณีย์ ให้ชัดเจน อ่านง่ายเพื่อติดต่อกลับ
  3. ห้ามใช้ตู้คอนเทนเนอร์ในการขออนุญาตเพื่อประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา
  4. รูปถ่ายสถานที่ให้ใช้เป็นกระดาษโฟโต้เท่านั้น

ข้อความที่แสดงในป้าย	สีพื้น	สีตัวอักษร	ขนาดป้าย	ความสูงของตัวอักษร
1. สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน	น้ำเงิน	ขาว	ไม่ต่ำกว่า 20x70 ซม.	ไม่ต่ำกว่า 3 ซม.
2. สถานที่ขายส่งยาแผนปัจจุบัน	น้ำเงิน	ขาว	"	"
3. สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน เฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยา อันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ	เขียว	ขาว	"	"
4. สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน เฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์	แดง	ขาว	"	"
5. สถานที่ขายยาแผนโบราณ	เขียว	ขาว	"	"
6. สถานที่ผลิตยาแผนปัจจุบัน	เขียว	ขาว	"	"
7. สถานที่ผลิตยาแผนโบราณ	เขียว	ขาว	"	"
8. สถานที่นำหรือส่งยาแผน โบราณเข้ามาในราชอาณาจักร	เขียว	ขาว	"	"
9. สถานที่นำหรือส่งยาแผน ปัจจุบันเข้ามาในราชอาณาจักร	เขียว	ขาว	"	"
10. ชื่อตัว ชื่อสกุล วิทยฐานะ และเวลาปฏิบัติการของผู้มีหน้าที่ ปฏิบัติการ	ตามประเภท ใบอนุญาต นั้นๆ	ตามประเภท ใบอนุญาตนั้นๆ	ไม่ต่ำกว่า 20x70 ซม.	"

ตัวอย่าง แบบป้ายแสดงสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์

**สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน  
เฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์**




นางสาวเกิ้ลซ์ เขียวมะกอก ภ.บ.

เวลาปฏิบัติการ 09.00-20.00 น.

ภ.99999

หรือ



นางสาวเกิ้ลซ์ เขียวมะกอก สพ.บ.

เวลาปฏิบัติการ 09.00-20.00 น.

01-1234/2555

ที่ปิดรูปถ่าย  
ผู้รับอนุญาต  
ขนาด ๓ x ๔ ซม.

เลขรับที่ .....  
วันที่ .....  
ลงชื่อ ..... ผู้ยื่นคำขอ

คำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน  
เฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์

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 .....

ขอรับใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์โดยมีสถานที่ขายยาชื่อ .....

อยู่เลขที่ ..... ตรอก / ซอย ..... ถนน .....

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

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

โดยมี  ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ชั้น .....

ชื่อ .....

เลขที่บัตรประชาชน

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมเลขที่ .....

ผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ ชั้น ..... สาขา .....

ชื่อ .....

เลขที่บัตรประชาชน

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์เลขที่ .....

(ถ้าประเภทใดมีมากกว่าหนึ่งคนให้แจ้งเพิ่มเติมไว้ท้ายคำขอนี้จนครบ)

เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา ๔๒ หรือมาตรา ๔๓ แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

เวลาทำการ (เวลาปฏิบัติการ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ) .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าในระยะเวลาสองปีก่อนยื่นคำขอนี้ ข้าพเจ้าไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุด หรือคำสั่งที่ขอด้วยกฎหมายให้จำคุกในความผิดที่กฎหมายบัญญัติ ให้ถือเอาการกระทำโดยทุจริตเป็นองค์ประกอบ หรือในความผิดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ กฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท กฎหมายว่าด้วยการขายยาหรือพระราชบัญญัตินี้

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

- (๑) รูปถ่ายของผู้ขออนุญาต ขนาด ๓ x ๔ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป
- (๒) เอกสารแสดงการเป็นเจ้าของกิจการและหลักทรัพย์
- (๓) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต
- (๔) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับรองว่าผู้ขออนุญาตไม่เป็นโรคตามมาตรา ๑๔ (๖) แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐
- (๕) สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและผู้ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต
- (๖) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพของผู้ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต
- (๗) เอกสารแสดงว่าเป็นผู้ดำเนินกิจการ (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)
- (๘) เอกสารอื่น ๆ ถ้าจำเป็น

(ลายมือชื่อ).....ผู้ขออนุญาต

(.....ตัวบรรจง)

หมายเหตุ :- (๑) ใส่เครื่องหมาย  ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

(๒) ในกรณีผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นสองเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ให้อนุญาตเฉพาะผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นสอง สาขาอายุรกรรมเท่านั้น

สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ  
ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สัญญาระหว่าง.....ในนามของ.....

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

ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า "ผู้รับอนุญาต" ฝ่ายหนึ่งกับ.....

( ) การบำบัดโรคสัตว์

ผู้ประกอบการ ( ) โรคศิลปะ แผน.....สาขา.....

( ) วิชาชีพ.....

ชั้น.....ใบอนุญาตเลขที่.....ซึ่งต่อไปในสัญญาเรียกว่า "ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ" อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำสัญญานี้เพื่อปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ ร่วมกันโดยมีข้อความดังต่อไปนี้

๑. ผู้รับอนุญาตยินยอมและตกลงให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเข้าปฏิบัติหน้าที่ ณ.....ของผู้รับอนุญาตเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ ตั้งแต่วันที่ทำสัญญาเป็นต้นไป

๒. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการยินยอมรับปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ ในหน้าที่ที่กำหนดไว้ตามข้อ ๑. ของสัญญานี้ทุกประการ

๓. ผู้รับอนุญาตยินยอมจ่ายค่าเงินทดแทนเป็นรายเดือนให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เดือนละ.....บาท (.....) ภายในวันสิ้นเดือนปฏิทินทุก ๆ เดือน

๔. หนังสือสัญญานี้มีอายุสัญญา จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.....

๕. หากคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดบอกเลิกสัญญานี้ก่อนครบกำหนดตามข้อ ๔. ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้อีกฝ่ายหนึ่งทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า.....วัน และต้องแจ้งให้กองควบคุมยาทราบตามกฎหมายด้วย

๖. หากต้องมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทำอยู่ เพื่อให้การปฏิบัติการได้เป็นไปโดยถูกต้องตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ และกฎกระทรวงซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติยาดังกล่าว ผู้รับอนุญาตยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกประการ

๗. ภาษีเงินได้ที่จะต้องเสียตามกฎหมาย ผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตกลงกันว่า.....เป็นผู้เสีย

๘. หากปรากฏว่า คู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไม่ปฏิบัติตามสัญญานี้แม้แต่ข้อหนึ่งข้อใด สัญญานี้เป็นอันเลิกกันทันที โดยคู่สัญญาไม่ต้องปฏิบัติตามข้อ ๕. และคู่สัญญามีสิทธิจะฟ้องเรียกค่าเสียหายได้ตามกฎหมายหากมีการฟ้องร้องกันขึ้น ทั้งสองฝ่ายตกลงกันว่าฝ่ายที่ผิดสัญญาจะต้องเป็นผู้ชดใช้ค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้อง เช่น ค่าทนายและค่าธรรมเนียมศาล หรืออื่น ๆ เป็นต้น

๙. สัญญานี้ทำขึ้นเป็นสามฉบับมีข้อความตรงกัน คู่สัญญาต่างยึดถือไว้คนละหนึ่งฉบับและมอบให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เก็บไว้เป็นหลักฐานหนึ่งฉบับ

คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายต่างเข้าใจข้อความในสัญญานี้ดีแล้ว จึงได้ลงชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ขออนุญาต

(ลงชื่อ).....ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

(ลงชื่อ).....พยาน

(ลงชื่อ).....พยาน

## 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. ๒๕๖๒  
(เฉพาะสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ)

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 ตลอดระยะเวลาที่ข้าพเจ้าเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่แห่งนี้โดยเคร่งครัด

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

(๑) สำเนาทะเบียนบ้าน

(๒) สำเนาบัตรประชาชน

(๓) คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน พร้อมตราประทับในกรณีรับราชการหรือทำงาน (ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด)

(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  เป็นผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ และปฏิบัติงานในตำแหน่ง

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

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

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง .....

ตราประทับหน่วยงาน

เฉพาะกรณีที่เกิดข้อครหาไม่ได้รับราชการ หรือ ทำงานประจำ (ให้กรอกข้อความ อ่านและลงนามข้างล่างนี้)

ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่ได้รับราชการหรือทำงานประจำใด  
ทั้งนี้ข้าพเจ้าทราบว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

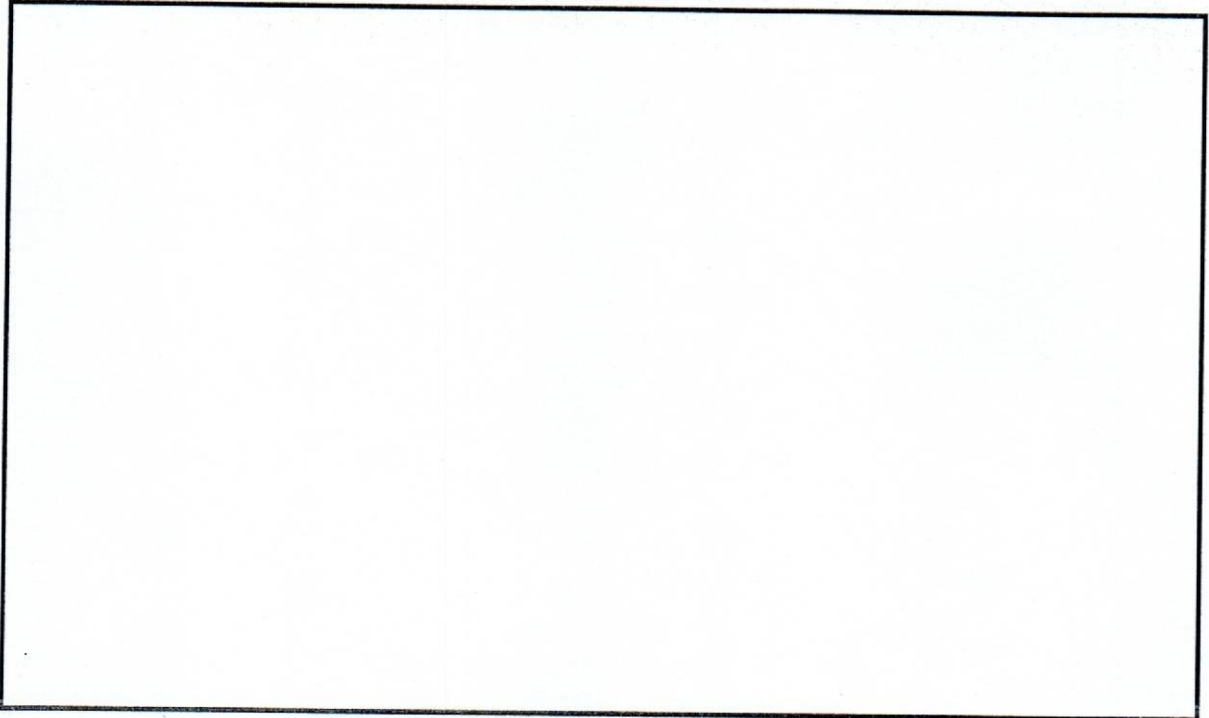
ลงชื่อ .....

(.....)

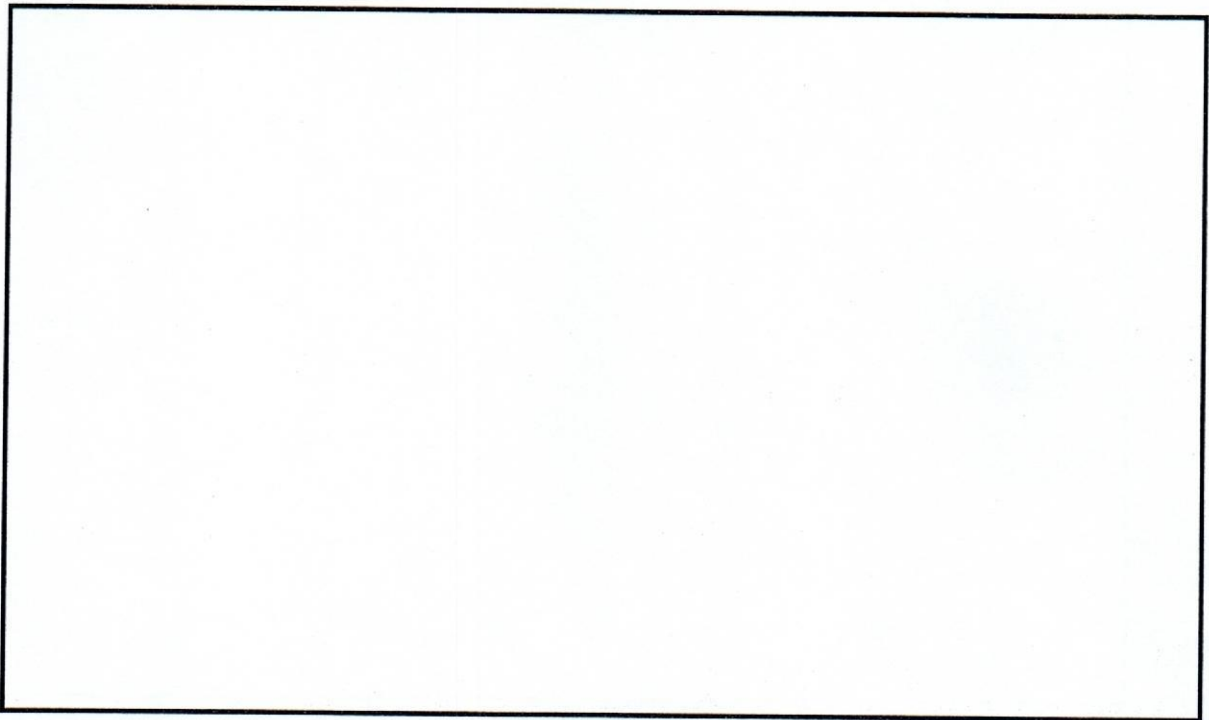
เลขที่ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....



1.ภาพลักษณะของอาคารสถานที่ขออนุญาต



2.ด้านหน้าสถานที่ (ป้าย, เลขที่)

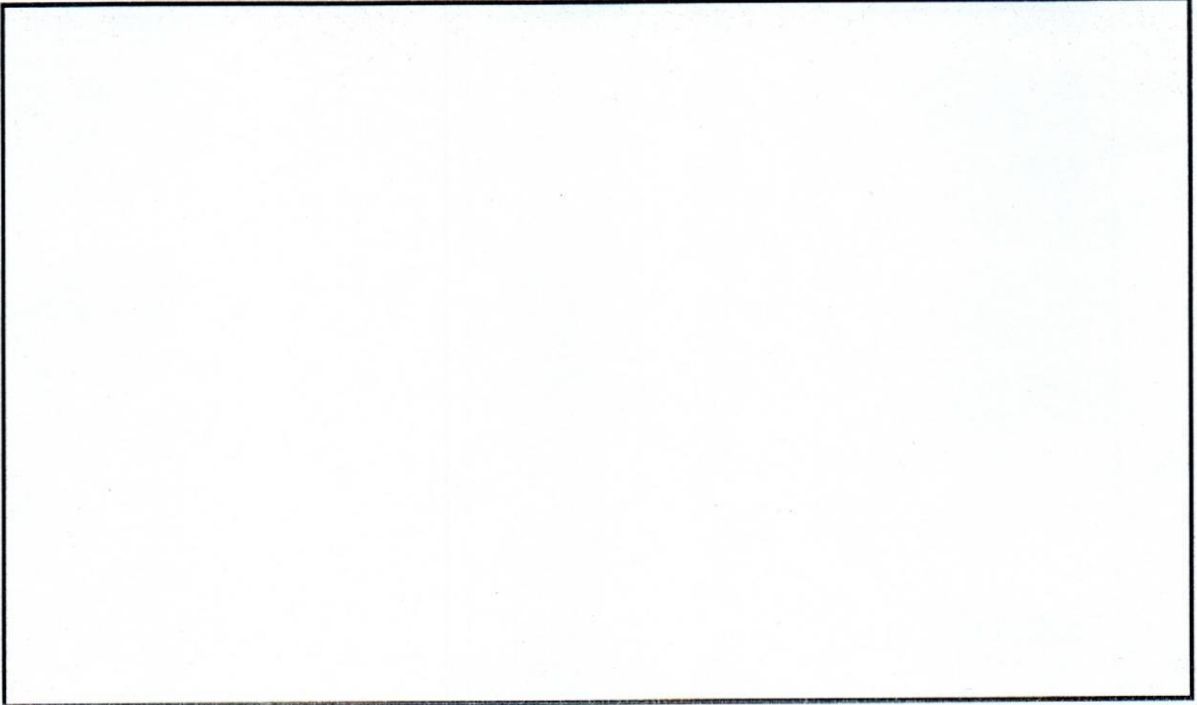
แบบภาพถ่ายสถานที่ขายยาเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์ (ภาพถ่ายประกอบ แบบ ขย.3)

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

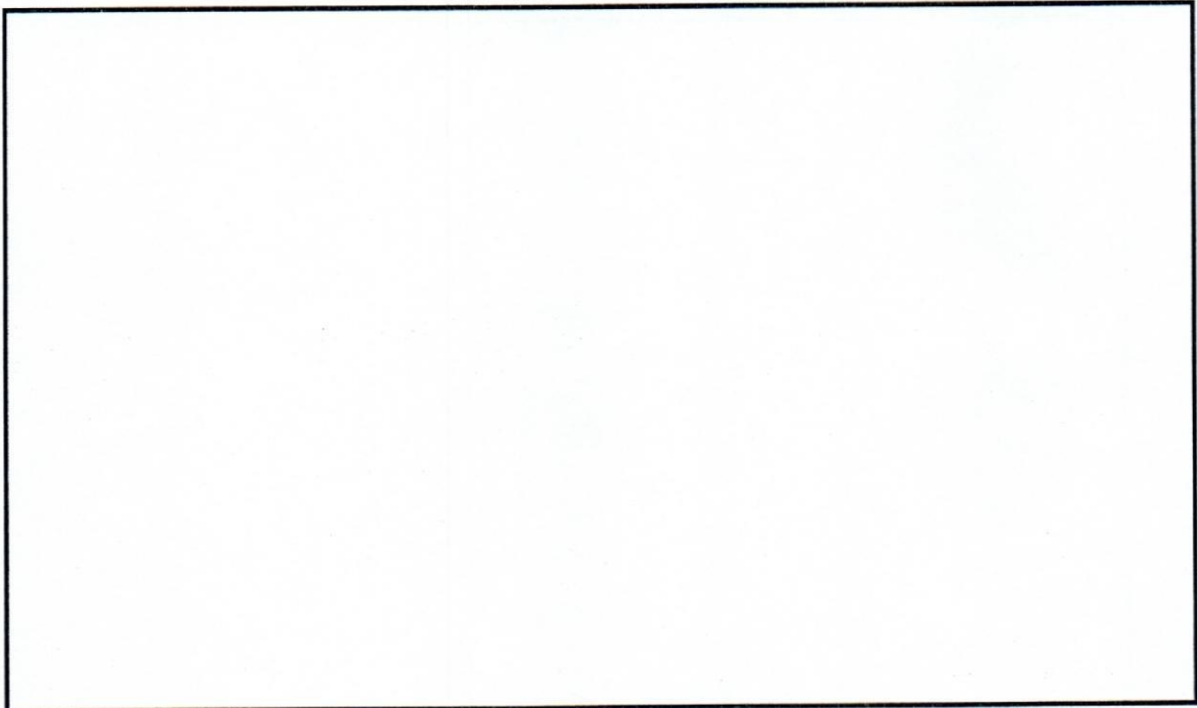
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....



3. ตู้วางยาต้านซ้ายของสถานที่ขออนุญาต (ถ่ายจากหน้าร้าน)



4. ตู้วางยาต้านขวาของสถานที่ขออนุญาต (ถ่ายจากหน้าร้าน)

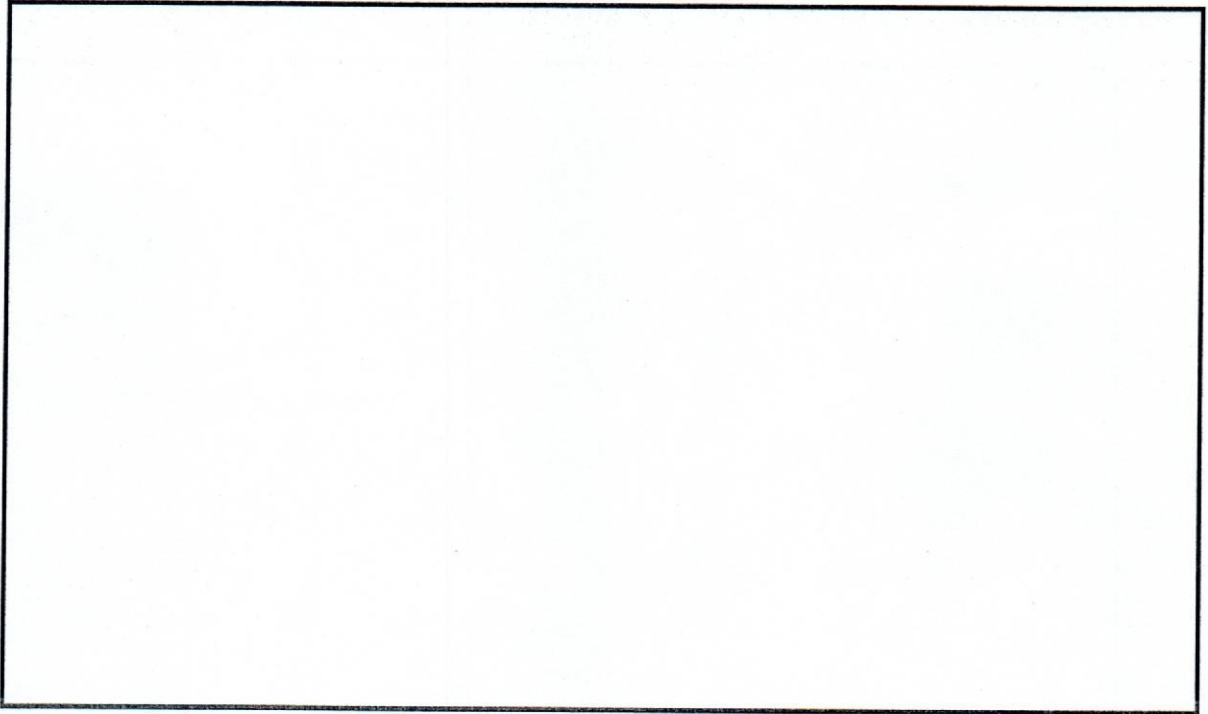
ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ลงชื่อ.....

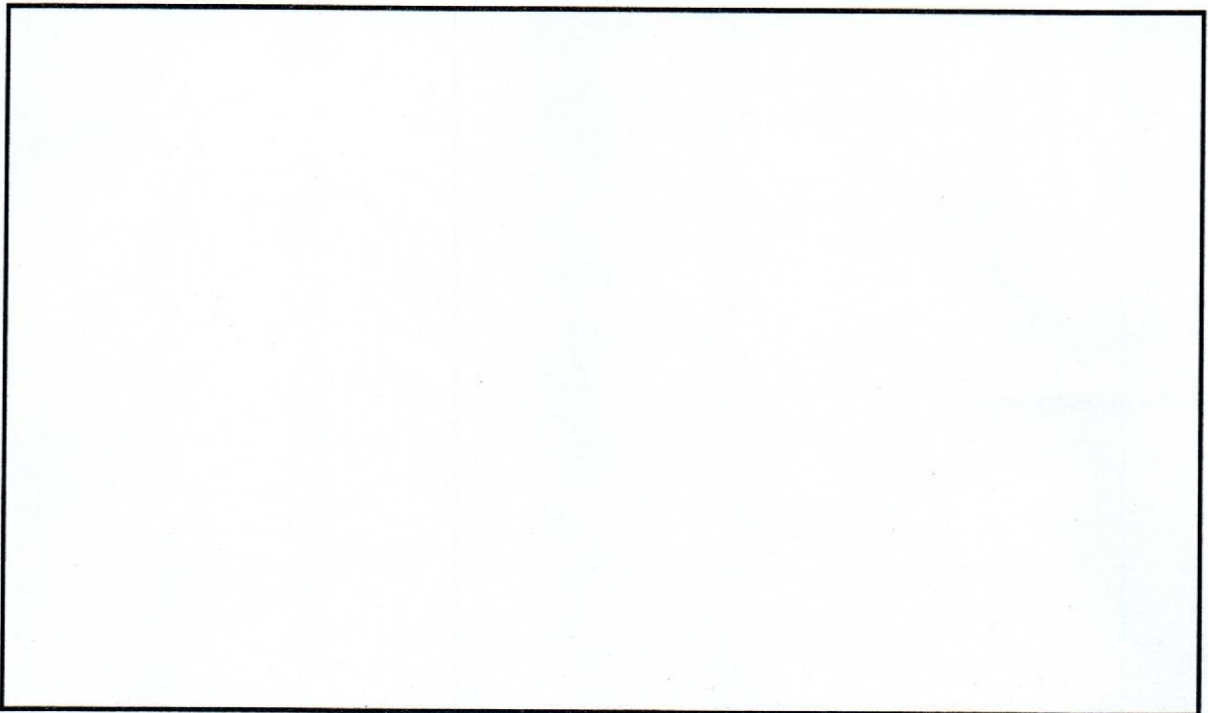
แบบภาพถ่ายสถานที่ขายยาเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์ (ภาพถ่ายประกอบ แบบ ขย.3)

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....



5. บริเวณ "พื้นที่เก็บสำรองยา(Stock)" / ตู้เก็บสำรองยา (Cupbord Stock)



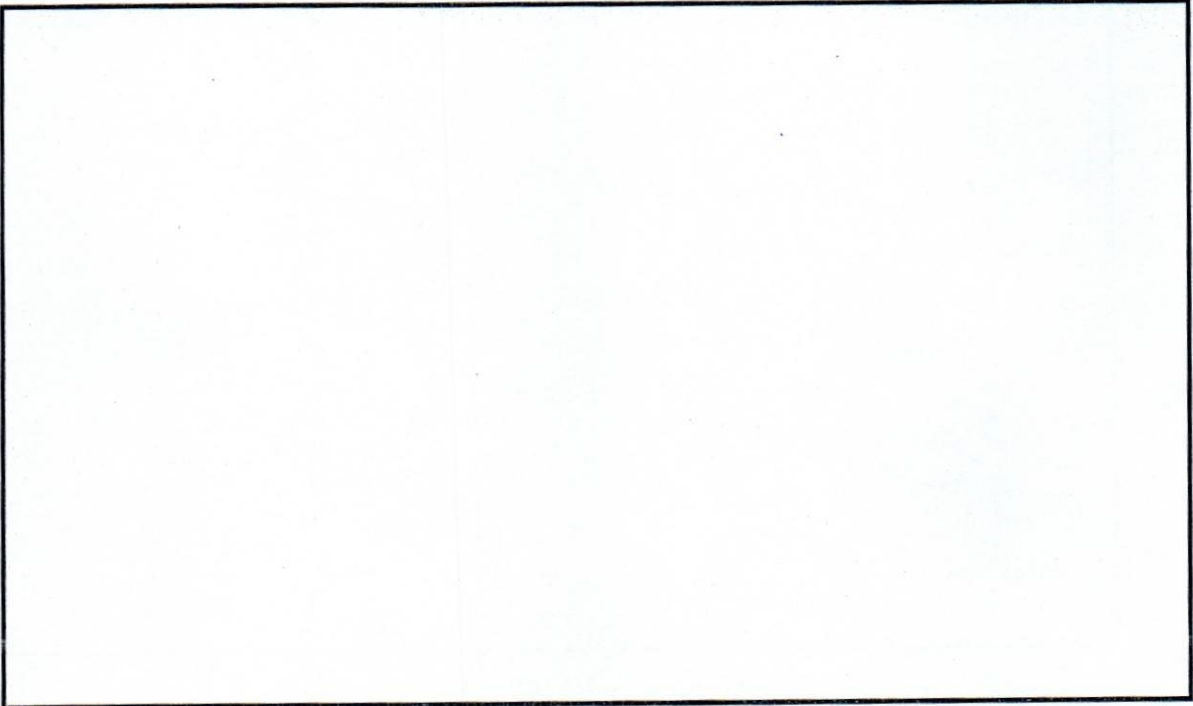
6. ป้ายแสดงสถานที่ประกอบการ และป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

แบบภาพถ่ายสถานที่ขายยาเฉพาะยาบรรจสุเร็วสำหรับสัตว์ (ภาพถ่ายประกอบ แบบ ขย.3)

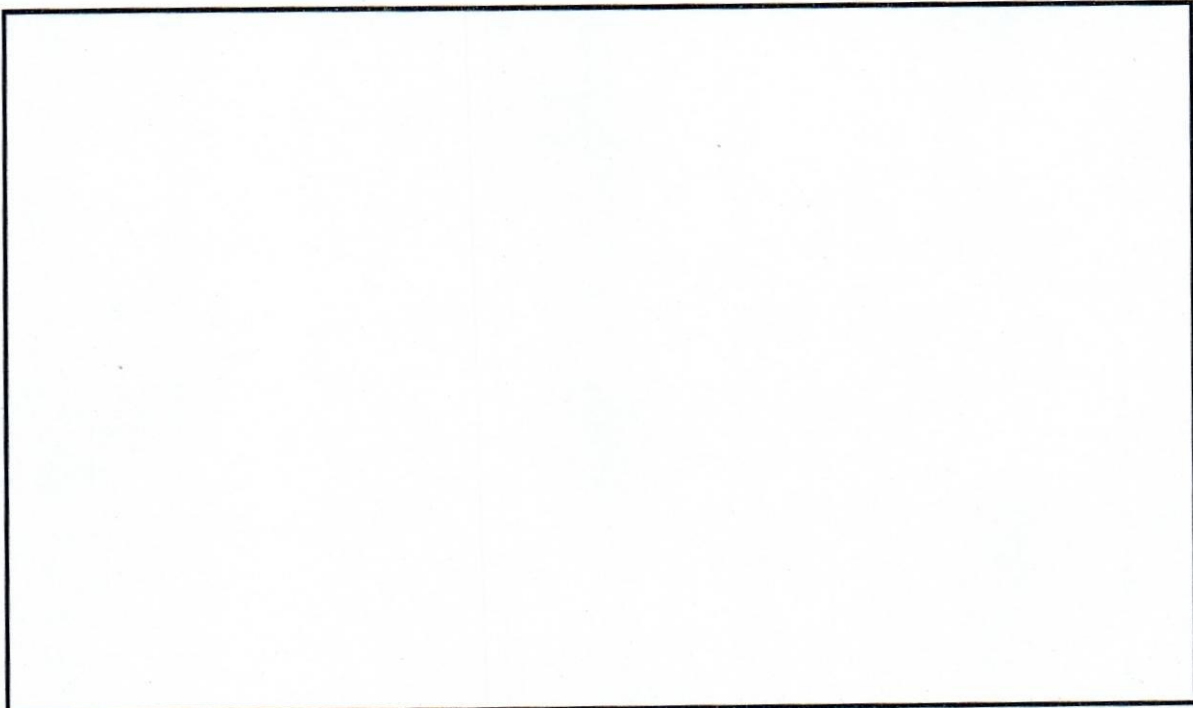
ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง  
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....



7. อุปกรณ์สำหรับดับเพลิง



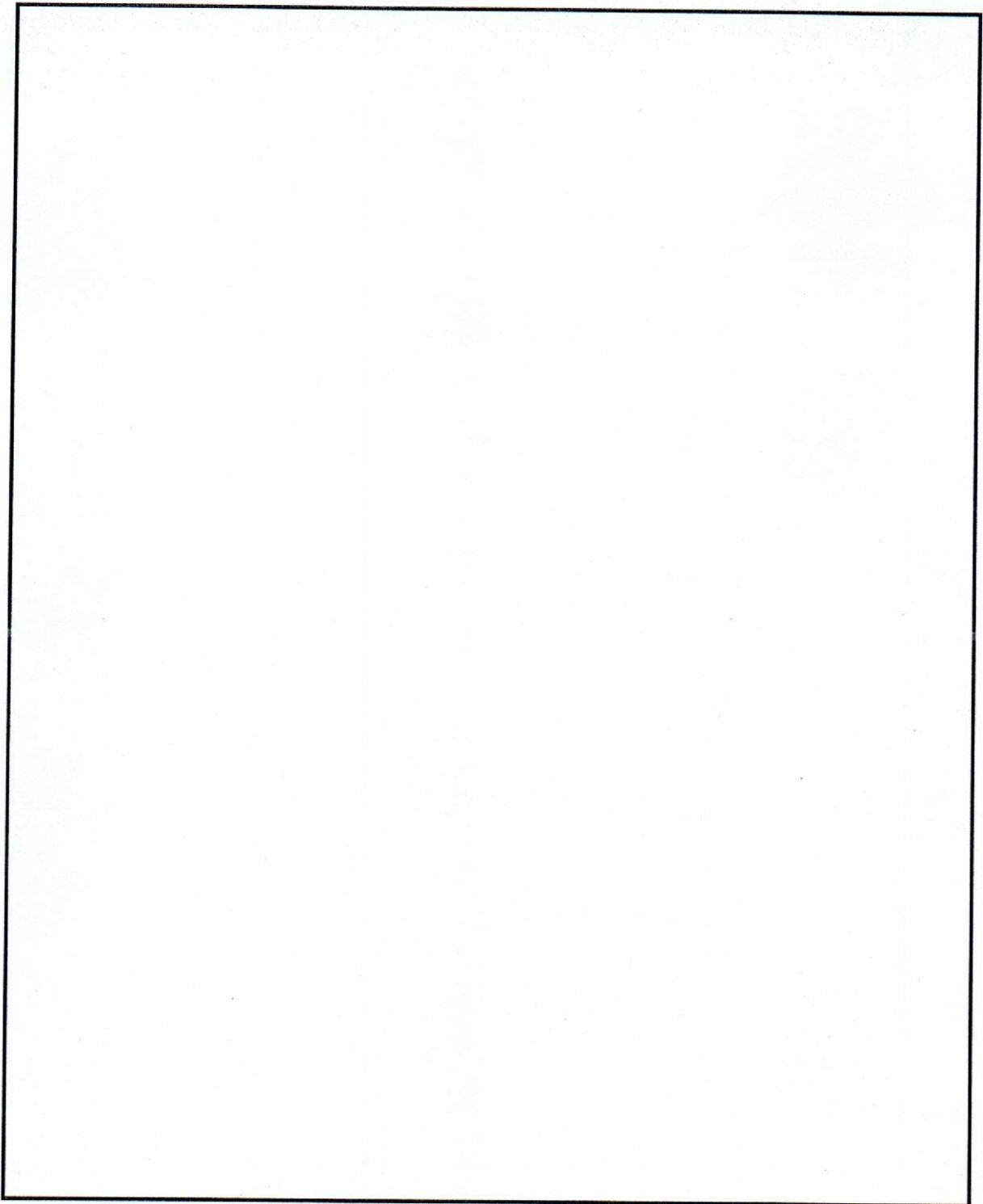
8. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

แบบภาพถ่ายสถานที่ขายยาเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์ (ภาพถ่ายประกอบ แบบ ขย.3)

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ลงชื่อ.....

แผนผังภายในของสถานที่.....



หมายเหตุ ระบุความกว้าง ลึกของร้าน

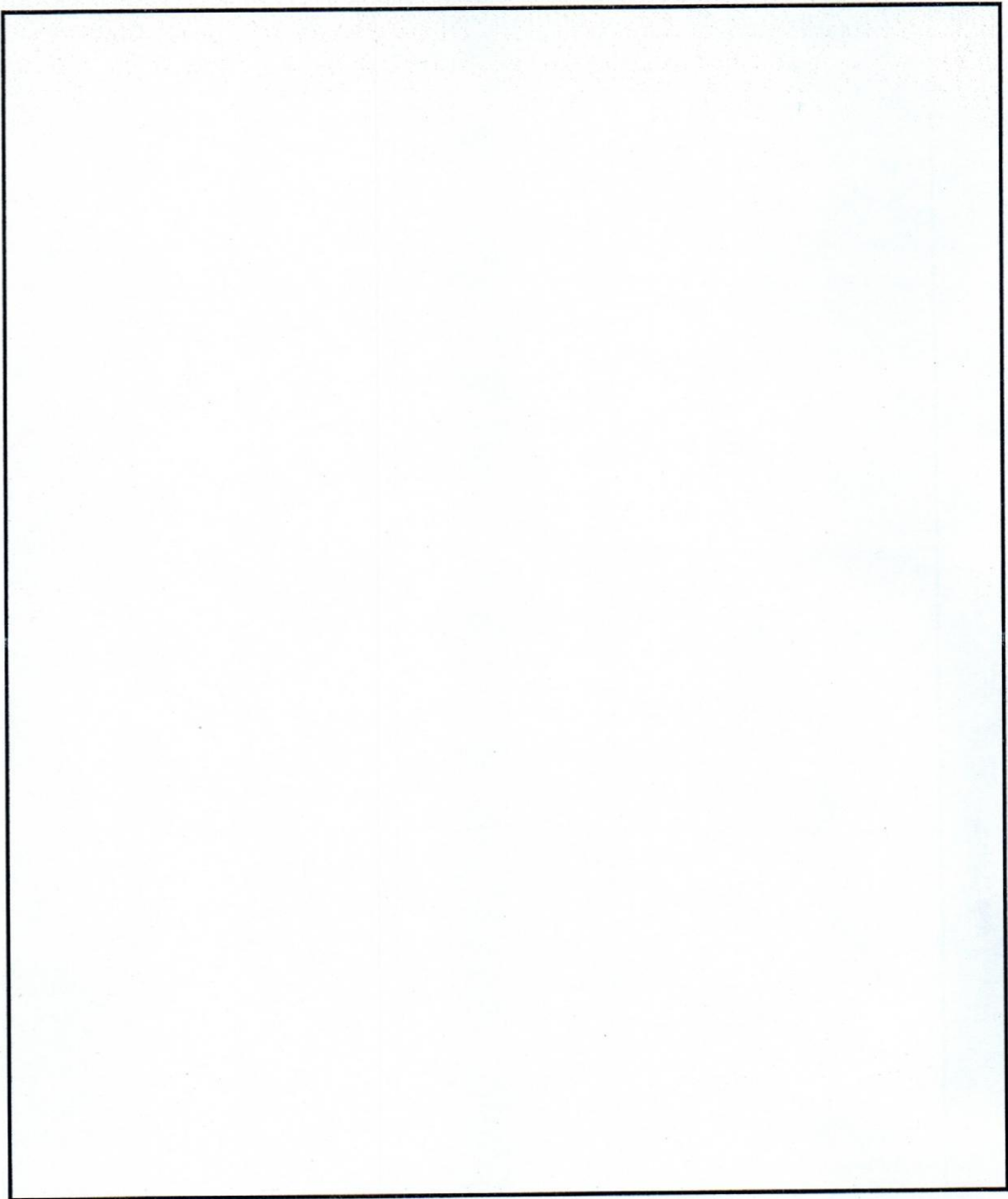
ระบุการจัดวางยา บริเวณให้คำปรึกษาแนะนำ

หากขาด ต้องลงหมึก

ขอรับรองว่าเป็นความจริง

ลงชื่อ.....

แผนที่ตั้งของสถานที่.....  
.....



หมายเหตุ หากขาด ต้องลงหมึก

ขอรับรองว่าเป็นความจริง  
ลงชื่อ.....