

การขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

วันที่.....

ชื่อร้าน/บริษัท.....

ที่อยู่.....

๑. เอกสารที่ผู้ขออนุญาตหรือผู้ดำเนินการต้องเตรียม

() บุคคลธรรมดา

- () คำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.๑)
- () รูปถ่ายของผู้ขออนุญาต ขนาด ๓ x ๔ ซม. ๓ รูป (รูปถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน)
- () สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต จำนวน ๑ ฉบับ
- () สำเนาบัตรประชาชนของผู้ขออนุญาต จำนวน ๑ ฉบับ
- () ใบรับรองแพทย์ของผู้ขออนุญาต ไม่เกิน ๓ เดือน ณ วันที่มายื่นขอ (ต้องระบุโรคต้องห้ามตามกฎหมายกระทรวง ได้แก่ โรคเรื้อน, วัณโรค ในระยะอันตราย, โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจของสังคม, โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง, โรคพิษสุราเรื้อรัง)
- () สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ จำนวน ๓ ชุด
- () สำเนาเอกสารแสดงหลักทรัพย์ (สมุดเงินฝาก/โฉนดที่ดิน) จำนวนเงินตั้งแต่ ๑๐,๐๐๐ บาทขึ้นไป จำนวน ๑ ฉบับ
 - หนังสือรับรองเงินฝากจากสถาบันการเงิน ไม่นานเกิน ๓ เดือน หรือ
 - สำเนาโฉนดที่ดินที่ไม่ติดภาระผูกพันพร้อมตัวจริง
- () สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานที่
 - () สัญญาเช่า (กรณีเช่าสถานที่) หรือหนังสือยินยอม
 - () สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ที่ขออนุญาต
 - () สำเนาบัตรประชาชนของเจ้าของสถานที่ที่ให้เช่า/ยินยอมฯ
 - () สำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของสถานที่ที่ให้เช่า/ยินยอมฯ
 - () เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานที่ขายยาของผู้ยินยอมให้ใช้สถานที่/ผู้ให้เช่า
- () สำเนาใบทะเบียนพาณิชย์จำนวน ๑ ฉบับ
- () หนังสือคำรับรองของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเกี่ยวกับการจัดให้มีเภสัชกรมาอยู่ปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาที่เปิดทำการ
- () รูปถ่าย และแผนผัง แผนที่ของสถานที่ที่ขออนุญาตซึ่งแสดงสัดส่วนของพื้นที่
- () หนังสือมอบอำนาจ ถ้าผู้ขออนุญาตหรือผู้ดำเนินการไม่สามารถมาติดต่อด้วยตนเอง พร้อมอากรแสตมป์ ๑๐ บาทหรืออากรแสตมป์ ๓๐ บาท(กรณีที่มีการแก้ไข/ยื่นเอกสารเพิ่มเติม)
- () สำเนาทะเบียนบ้าน/สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน (กรณีที่ทำหนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน)

() บริษัท/ห้างหุ้นส่วนจำกัด

- () คำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.๑)
- () รูปถ่ายของผู้ดำเนินการกิจการขนาด ๓x๔ ซม. ๓ รูป (รูปถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน)
- () สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดำเนินการ จำนวน ๑ ฉบับ
- () สำเนาบัตรประชาชนของผู้ดำเนินการ จำนวน ๑ ฉบับ
- () ใบรับรองแพทย์ของผู้ดำเนินการ ไม่เกิน ๓ เดือน ณ วันที่มายื่นขอ (ต้องระบุโรคต้องห้ามตามกฎหมายกระทรวง ได้แก่ โรคเรื้อน, วัณโรคในระยะอันตราย, โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม, โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง, โรคพิษสุราเรื้อรัง)
- () สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ จำนวน ๓ ชุด
- () สำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล จำนวน ๑ ฉบับ
- () สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานที่
 - () สัญญาเช่า (กรณีเช่าสถานที่) หรือหนังสือยินยอม
 - () สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ที่ขออนุญาต
 - () สำเนาบัตรประชาชนของเจ้าของสถานที่ที่ให้เช่า/ยินยอมฯ
 - () สำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของสถานที่ที่ให้เช่า/ยินยอมฯ
 - () เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานที่ขายยาของผู้ยินยอมให้ใช้สถานที่/ผู้ให้เช่า
- () หนังสือมอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ (ตามแบบ) ติดอากรแสตมป์ ๓๐ บาท
- () สำเนาทะเบียนบ้าน/สำเนาบัตรประชาชนของผู้มีอำนาจลงนามของนิติบุคคลที่เป็นผู้ลงนามแต่งตั้งผู้ดำเนินการ อย่างละ ๑ ฉบับ
- () หนังสือคำรับรองของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเกี่ยวกับการจัดให้มีเภสัชกรมาอยู่ปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาที่เปิดทำการ
- () รูปถ่าย และแผนผัง แผนที่ของสถานที่ที่ขออนุญาต ซึ่งแสดงสัดส่วนของพื้นที่
- () หนังสือมอบอำนาจ ถ้าผู้ขออนุญาตหรือผู้ดำเนินการไม่สามารถมาติดต่อด้วยตนเอง พร้อมอากรแสตมป์ ๑๐ บาทหรืออากรแสตมป์ ๓๐ บาท(กรณีที่มีการแก้ไข/ยื่นเอกสารเพิ่มเติม)
- () สำเนาทะเบียนบ้าน/สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน (กรณีที่ทำหนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน)

๑-๒. เภสการที่มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องเตรียม

- () คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (แบบ ข.ย.๑๔) ต้องมาเซ็นชื่อต่อหน้าเจ้าหน้าที่
- () ใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- () หลักฐานแสดงว่าเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเป็นผู้มีความรู้ความสามารถด้านเภสัชกรรม (เช่น หน่วยกิจการศึกษาทางเภสัชศาสตร์ด้านเภสัชศาสตร์ด้านเภสัชกรรมชุมชนหรือกฎหมายด้านยาอย่างน้อย ๕ หน่วยกิต ในช่วง ๓ ปีซ้อนหลังจากวันที่ยื่นขอ) ฉบับจริงและสำเนา ๑ ฉบับ
- () สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประชาชน อย่างละ ๑ ฉบับ
- () ใบรับรองแพทย์ไม่เกิน ๓ เดือน ณ วันที่มายื่นขอ (ต้องระบุโรคต้องห้ามตามกฎหมายได้แก่ โรคเรื้อน, วัณโรคในระยะอันตราย, โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจของสังคม, โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง, โรคพิษสุราเรื้อรัง)

๓. อื่นๆ

- () ค่าธรรมเนียมใบอนุญาต จำนวน ๒,๐๐๐ บาท ชำระเงินในวันที่รับใบอนุญาต

๔. การตรวจสอบเอกสาร
- () เอกสารครบถ้วน
 - () เอกสารไม่ครบถ้วน ขาดเอกสาร ดังนี้
- ๑.
 - ๒.
 - ๓.
 - ๔.
 - ๕.
 - ๖.
 - ๗.
 - ๘.
 - ๙.
 - ๑๐.

ข้อบกพร่องที่พบ

๕. ผู้ยื่นเอกสารจะนำเอกสาร/หลักฐานมายื่นให้ครบถ้วนภายในวันที่.....

๖. หากเกินจากระยะเวลาที่กำหนดตามข้อ ๕ ถือว่าผู้ยื่นละทิ้งคำขอและจะส่งคืนคำขอให้แก่ผู้ยื่นคำขอ

๗. ผู้ยื่นคำขอได้อ่านและรับทราบข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่
(.....)

หมายเหตุ ๑. กรณีที่ผู้ขออนุญาต หรือ ผู้ดำเนินกิจการเป็นคนต่างชาติ เอกสารที่ใช้ประกอบในการยื่นคำขอ จะต้องมีส่วนนำหนังสือขออนุญาตทำงานที่ออกโดยกระทรวงแรงงานฯ และสำเนาหนังสือเดินทาง(passport)
๒. เพื่อสะดวกในการตรวจสอบเอกสารและนำเสนอขออนุมัติ โปรดจัดเรียงเอกสารให้เรียบร้อย และกรอกายละเอียดที่ตั้ง หมายเลขโทรศัพท์ รหัสไปรษณีย์ พิกัดที่ตั้ง (ละติจูด/ลองจิจูด) ให้ชัดเจน อ่านง่ายเพื่อติดต่อกลับ

ชุดคำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

โทร 077-283703 หรือ 077-272784

Email : drugsurat@gmail.com

ข้อกฎหมายที่ควรคำนึงเกี่ยวกับการตั้งชื่อร้าน

พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม

พ.ศ. 2537

มาตรา 29 ห้ามมิให้ผู้ใดใช้คำหรือข้อความด้วยอักษรไทยหรืออักษรต่างประเทศว่า เภสัชกร เภสัชกรหญิง แพทย์ปรุงยา หรือใช้อักษรย่อของคำดังกล่าว หรือใช้คำแสดงวุฒิการศึกษาทางเภสัชศาสตร์ หรือใช้อักษรย่อของวุฒิดังกล่าว ประกอบกับชื่อหรือชื่อสกุลของตน หรือใช้คำหรือข้อความอื่นใดที่มีความหมายเช่นเดียวกัน หรือแสดงด้วยวิธีใด ๆ ซึ่งทำให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ทั้งนี้ รวมถึงการใช้ จ้าง วาน หรือยินยอมให้ผู้อื่นกระทำดังกล่าวให้แก่ตน เว้นแต่ผู้ได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรในวิชาเภสัชศาสตร์

มาตรา 30 ห้ามมิให้ผู้ใดใช้คำหรือข้อความที่แสดงให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตนเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมสาขาต่าง ๆ ทั้งนี้ รวมถึงการใช้ จ้าง วาน หรือยินยอมให้ผู้อื่นกระทำดังกล่าวให้แก่ตน เว้นแต่ผู้ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรว่าเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมสาขานั้น ๆ จากสภาเภสัชกรรมหรือที่สภาเภสัชกรรมรับรองหรือผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมผู้มีความรู้ความชำนาญตามที่กำหนด ในข้อบังคับสภาเภสัชกรรม

มาตรา 51 ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 29 หรือมาตรา 30 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ห้ามจำหน่ายแอลกอฮอล์ในร้านขายยา

พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พ.ศ. 2551

มาตรา 27 ห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่หรือบริเวณดังต่อไปนี้

(2) สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และร้านขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยา

มาตรา 39 ผู้ใดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยฝ่าฝืนมาตรา 27 หรือมาตรา 28 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

คำแนะนำในการจัดสถานที่และจัดทำป้ายแสดงตนของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

1. การจัดสถานที่ขายยา ต้องปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ.2557 และ ในบริเวณพื้นที่ขายยาสามารถแบ่งส่วนย่อยๆ 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 พื้นที่บริเวณให้บริการขายยาโดยผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ คือ พื้นที่ขายยา อันตราย ยาควบคุมพิเศษ ยาที่ต้องได้รับคำแนะนำหรือส่งมอบจากเภสัชกร ซึ่งจะต้องจัดให้มีวัสดุทับ ไขปิด บริเวณนี้ในเวลาที่เปิด หรือเวลาที่เภสัชกรหรือผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการไม่อาจอยู่ปฏิบัติการ และ จัดให้มีป้ายแจ้งให้ทราบว่าเภสัชกรหรือผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการไม่อยู่แสดงไว้ให้เห็นได้ชัดเจน

ส่วนที่ 2 พื้นที่สำหรับให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยา ซึ่งต้องเป็นพื้นที่แยกเป็นสัดส่วน และอยู่ติดกับพื้นที่บริเวณให้บริการขายยาโดยผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ


ส่วนที่ 3 พื้นที่สำหรับให้ลูกค้าเลือกซื้อ

ผลิตภัณฑ์สุขภาพด้วยตนเอง (ถ้ามี)

พื้นที่ส่วนที่ 1 และ ส่วนที่ 2 ต้องอยู่ในบริเวณเดียวกัน และมีพื้นที่รวมกันไม่น้อยกว่า 8 ตารางเมตร (พื้นที่ทั้งร้านรวมกัน ไม่น้อยกว่า 15 ตารางเมตร)

2. การจัดทำป้าย ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันทุกประเภท ต้องให้เป็นไปตามความในข้อ 8(1) - 8(4) ของกฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2556

สำหรับป้ายแสดงตนของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เป็นสิ่งที่กฎหมายกำหนดรายละเอียดในกฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2556 ข้อ 8(4) ทั้งนี้ ขอให้มรูปแบบดังนี้

	นางสาวเภสัช เขียวมะกอก ภ.บ. เวลาปฏิบัติการ 09.00-20.00น. ภ.54321
---	--

รูปถ่ายของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการให้เป็นรูปสี่ หน้าเต็ม ไม่สวมหมวก ไม่ใส่แว่นตาดำ ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 5 ปี รูปถ่ายขนาด 4 x 6 นิ้ว (10 x 15 เซนติเมตร) อักษรแสดงเลขที่ใบประกอบวิชาชีพขนาดอักษรสูงไม่น้อยกว่า 3 เซนติเมตร

กรณีของร้านที่มี
ป้ายในแบบเดิม

นางสาวเภสัช เขียวมะกอก ภ.บ. เวลาปฏิบัติการ 09.00-20.00น.

สามารถทำขึ้นเพิ่มเติม โดยมีพื้นหลัง ขนาด และรูปแบบอักษรเช่นเดียวกับของเดิม และนำมาวางติดกัน ดังภาพ


ภ.54321

+

นางสาวเภสัช เขียวมะกอก ภ.บ. เวลาปฏิบัติการ 09.00-20.00น.

ข้อความที่แสดงในป้าย	สีพื้น	สีตัวอักษร	ขนาดป้าย	ความสูงของตัวอักษร
1. สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน	น้ำเงิน	ขาว	ไม่ต่ำกว่า 20x70 ซม.	ไม่ต่ำกว่า 3 ซม.
2. สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน เฉพาะยารักษาโรคที่ไม่ใช่ยา อันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ	เขียว	ขาว	"	"
3. สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน เฉพาะยารักษาโรคสำหรับสัตว์	แดง	ขาว	"	"
4. สถานที่ขายยาแผนโบราณ	เขียว	ขาว	"	"
5. สถานที่ผลิตยาแผนปัจจุบัน	เขียว	ขาว	"	"
6. สถานที่ผลิตยาแผนโบราณ	เขียว	ขาว	"	"
7. สถานที่นำหรือส่งยาแผน โบราณเข้ามาในราชอาณาจักร	เขียว	ขาว	"	"
8. สถานที่นำหรือส่งยาแผน ปัจจุบันเข้ามาในราชอาณาจักร	เขียว	ขาว	"	"
9. ชื่อตัว ชื่อสกุล วิทยฐานะ และเวลาปฏิบัติการของผู้มีหน้าที่ ปฏิบัติการ	ตามประเภทใบอนุญาตนั้นๆ	ตามประเภทใบอนุญาตนั้นๆ	ไม่ต่ำกว่า 20x50 ซม.	"

ตัวอย่าง แบบป้ายแสดงสถานที่ขายยาปัจจุบัน

สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน

นางสาวहरषा ดวงดี ภ.บ.
เวลาปฏิบัติการ 09.00 - 20.00 น.

ที่ปิดรูปถ่าย
ผู้รับอนุญาต
ขนาด ๓ x ๔ ซม.

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อ ผู้รับคำขอ

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 รหัสไปรษณีย์

พิกัด/ที่ตั้งร้าน ละติจูดที่ ลองจิจูดที่

ขอรับใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันโดยมีสถานที่ขายยาชื่อ

อยู่เลขที่ ตรอก / ซอย ถนน

หมู่ที่ ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต

จังหวัดสุราษฎร์ธานี โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ รหัสไปรษณีย์

ลักษณะการประกอบการ ^(๑)

- ขายปลีก
- ขายส่ง
- ประยาสสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย (เฉพาะขายปลีกเท่านั้น)

^(๑) ให้ตอบมากกว่า ๑ ข้อ ในกรณีมีลักษณะการประกอบการมากกว่าหนึ่งลักษณะโดยการตอบจะมีผลต่อการประเมินความพร้อมของสถานที่ อุปกรณ์ และการดำเนินการตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน เพื่อประกอบการอนุญาต

โดยมีเภสัชกรชั้น ชื่อ

เลขที่บัตรประชาชน

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมเลขที่

(ถ้ามีมากกว่าหนึ่งคนให้แจ้งเพิ่มเติมท้ายคำขอนี้จนครบ)

เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา ๓๙ หรือมาตรา ๔๐ แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

เวลาทำการ (เวลาปฏิบัติการ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าในระยะเวลาสองปีก่อนยื่นคำขอนี้ 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) สำเนาทะเบียนพาณิชย์ (กรณีบุคคลธรรมดาเป็นผู้ขออนุญาต)
- (๙) 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
เพื่อเป็นหลักฐานประกอบคำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในการเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในร้านขายยา
ตามกฎหมายกระทรวงการอนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน
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



ตราประทับหน่วยงาน

(.....)

ตำแหน่ง

เฉพาะกรณีที่ใกล้ชอร์ไม่ได้รับราชการ หรือ ทำงานประจำ (ให้กรอกข้อความ อ่านและลงนามข้างล่างนี้)

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่ได้รับราชการหรือทำงานประจำที่ได้
ทั้งนี้ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

ลงชื่อ
(.....)

ใกล้ชอร์ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

คำรับรองของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน
เกี่ยวกับการจัดให้มีเภสัชกรมาอยู่ปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาที่เปิดทำการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

เป็นผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันชื่อ.....

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

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

จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าได้ทราบ และเข้าใจในหน้าที่ความรับผิดชอบ ของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.๒๕๑๐ ในการจัดให้มีเภสัชกรอยู่ปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาทำการ และหากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามที่กฎหมายกำหนด ข้าพเจ้าต้องรับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด รวมถึงอาจไม่สามารถต่ออายุใบอนุญาตได้ ตามเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวงว่าด้วยการขออนุญาต และการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ.๒๕๕๖

ข้าพเจ้าอ่าน และเข้าใจถ้อยคำดังกล่าวทั้งหมด จึงลงลายมือชื่อเป็นสำคัญ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้รับอนุญาต

สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สัญญาระหว่าง.....ในนามของ.....

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

ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า "ผู้รับอนุญาต" ฝ่ายหนึ่งกับ.....

() การบำบัดโรคสัตว์

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

() วิชาชีพ.....

ขึ้น.....ใบอนุญาตเลขที่.....ซึ่งต่อไปในสัญญาเรียกว่า "ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ" อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำสัญญานี้เพื่อปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐ ร่วมกันโดยมีข้อความดังต่อไปนี้

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

๒. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการยินยอมรับปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติฯ 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 เพื่อให้การปฏิบัติการได้เป็นไปโดยถูกต้องตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐ และกฎกระทรวงซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติฯ ยานบับดังกล่าว 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

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

➤ อาคารพาณิชย์ / ดึกแถว

- ถ่ายรูปภายนอกอาคาร ให้เห็นครบทุกชั้น

➤ ภายในอาคาร / ห้างสรรพสินค้า

- ถ่ายรูปภายนอกอาคาร ให้เห็นภาพรวมของสถานที่

1. ภาพลักษณะของอาคารสถานที่ขออนุญาต

➤ ป้ายชื่อร้าน / เลขที่ตั้ง

- ถ่ายรูปบริเวณหน้าร้าน ให้เห็นป้ายชื่อร้าน พร้อมทั้งเลขที่ตั้งสถานที่ให้ชัดเจนจากภายนอกอาคาร

- ป้ายชื่อร้านต้องมีภาษาไทยกำกับ (กรณีชื่อร้านเป็นภาษาอังกฤษ หรือตัวเลข)

- กรณีระบุตัวเลขสาขา ให้ใช้ได้เฉพาะตัวเลขไทยหรืออารบิกเท่านั้น

- “ ขยายโดยเกสซักร ” ใช้ได้เฉพาะกรณีผู้รับอนุญาตมีใบประกอบวิชาชีพเกสซักรกรรม

- ชื่อร้าน “ ชื่อบุคคล + เกสซั ” (ตัวอย่าง เช่น สมชายเกสซั) ใช้ได้กรณีผู้รับอนุญาตมีใบประกอบ
วิชาชีพเกสซักรกรรม

- ป้ายร้านรวมถึงเลขที่ตั้ง ต้องเป็นป้ายถาวร แน่นหนา ไม่สามารถเคลื่อนย้ายหรือชำรุดได้ง่าย

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 “ส่วนให้บริการ โดยเภสัชกร”

➤ ถ่ายรูปตู้วางยาด้านหลังโดยให้เห็นครบทุกตู้ที่มีการจัดวางยาอันตราย

(โดยม่านต้องปิดบังส่วนตู้ยาด้านหลังทั้งหมดพร้อมข้อความที่ระบุให้ครบถ้วนและต้องเป็นข้อความที่ไม่สามารถหลุดลอกหรือชำรุดได้ง่าย)

6. การใช้ม่าน หรือวัสดุทึบ สำหรับใช้ปิดบังบริเวณ “ส่วนให้บริการ โดยเภสัชกร” พร้อม แสดงข้อความ

“ขณะนี้เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ ไม่สามารถขายยาในบริเวณนี้ได้”

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน/บริษัท.....

ที่อยู่.....

➤ ต้องจัดเตรียม โต๊ะให้คำปรึกษา โดยมีขนาดที่เหมาะสมกับการให้คำปรึกษาแนะนำ พร้อมเก้าอี้นั่ง 2 ตัว สำหรับเภสัชกรและสำหรับผู้มารับบริการ

➤ หากใช้เคาเตอร์เป็นส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ ต้องอยู่ในระดับที่แบ่งเป็นสัดส่วนชัดเจนจากเคาเตอร์จำหน่ายยา โดยที่ผู้มารับบริการ สามารถรับบริการได้อย่างเหมาะสม

➤ มีป้ายระบุ “ ส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ ” ต้องเป็นป้ายถาวรและไม่ชำรุดได้ง่าย

(คิวหนังสือควรใช้ตัวพิมพ์ที่สามารถอ่านออกได้ชัดเจน)

7. บริเวณ “ส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ”(โต๊ะพร้อมเก้าอี้สำหรับเภสัชกร และผู้มาขอรับคำปรึกษาแนะนำ)

➤ ถ่ายให้เห็นภาพรวมของชั้นครบถ้วนทั้งหมด พร้อมทั้งติด

ป้ายระบุ “ จุดให้บริการตนเอง ” เป็นป้ายถาวรและไม่ชำรุดได้ง่าย

8. บริเวณสำหรับให้ลูกค้าบริการตนเอง

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน/บริษัท.....

ที่อยู่.....

- ต้องมีป้ายระบุ “พื้นที่เก็บสำรองยา หรือ ตู้เก็บสำรองยา “ เป็นป้ายถาวรและไม่ชำรุดได้ง่าย
- ลักษณะบริเวณพื้นที่เก็บสำรองยา สามารถจัดเป็นตู้ หรือชั้นวางยา (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 ตีครุรูปถ่ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (รูปสี่ 4x6 นิ้ว) สวมเสื้อกาวน์มีตราสภาเภสัชกรรม ด้านล่างรูปภาพ แสดงเลขที่ใบประกอบ “ ภ. XXXX “ ขนาดไม่น้อยกว่า 3 เซนติเมตร

10. ป้ายแสดงสถานที่ประกอบการ และป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

➤ ถาดนับเม็ดยา อย่างน้อย 2 ถาด

ติดป้ายระบุ ที่ฝาถาดนับเม็ดยา และด้ามนับเม็ดยา (ด้านเล็ก) ใช้ตัวพิมพ์ที่สามารถอ่านออกได้ชัดเจน และติดไม่ให้หลุดลอก หรือชำรุดได้ง่าย

- “ กลุ่มยาเพนนิซิลิน ” (ภาษาไทย)

- “ กลุ่มยาทั่วไป ”

} สะกดให้ถูกต้องตามแบบฟอร์มนี้

11. ถาดนับเม็ดยา (กลุ่มยาเพนนิซิลิน ,กลุ่มยาทั่วไป) และเครื่องวัดความดันโลหิต(ชนิดอัด โนมัติ)

➤ ถ่ายรูปให้เห็นรวมถึงบริเวณที่จัดวางตู้เย็น และบริเวณข้างเคียง

12. ตู้เย็น

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

.....

➤ ถ่ายรูปให้เห็นรวมถึงบริเวณที่จัดวาง และบริเวณข้างเคียง

13. เครื่องชั่งน้ำหนัก และที่วัดส่วนสูงสำหรับผู้มารับบริการ

➤ ถังดับเพลิง ขนาดบรรจุไม่น้อยกว่า 4 กิโลกรัม จัดวางในบริเวณที่เหมาะสม และสามารถใช้งานได้ง่าย ยึดติดกับฝาผนังสูงจากพื้นประมาณ 150 ซม.

➤ 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**

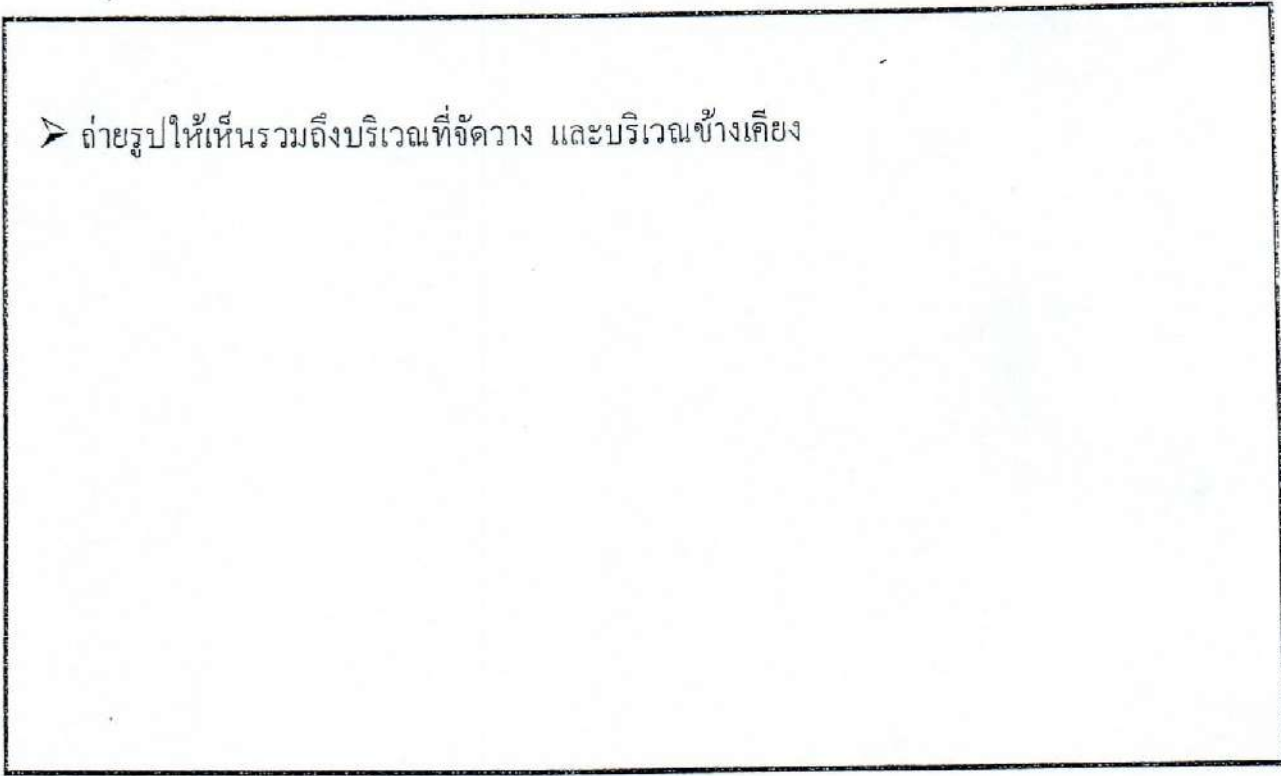
16. **เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (สวมเสื้อกาวน์สีขาว ติดเครื่องหมายสัญลักษณ์ของสภาเภสัชกรรม พร้อมป้ายแสดงบนเสื้อว่าเป็นเภสัชกร)**

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน/บริษัท.....

ที่อยู่.....

.....



17. เครื่องปรับอากาศ

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

แผนที่ตั้งของสถานที่.....

แสดงให้เห็นชัดเจนถึงตำแหน่งที่ตั้งของสถานที่

1. ระบุ ถนน / ตรอก / ซอย / แยก / ลี้อก
2. จุดสังเกต หรือ สถานที่สำคัญที่บุคคลทั่วไปรู้จัก
3. ป้ายร้านค้า หรือป้ายที่เป็นจุดสังเกตได้ง่าย
4. สามารถอ่านได้ง่าย / สามารถวาดด้วยปากกาได้ ไม่จำเป็นต้องพิมพ์
5. หากพิมพ์มาจาก โปรแกรม / แอปพลิเคชันต่างๆ ต้องระบุรายละเอียดข้างต้นให้ครบ

หมายเหตุ หากวาด ต้องลงหมึก

ขอรับรองว่าเป็นความจริง
ลงชื่อ.....

บัญชีการขยายราคาควบคุมพิเศษ

.....
(ชื่อสถานที่ขยาย)

ชื่อยา.....
ชื่อผู้ผลิต / ผู้นำเข้า..... ขนาดบรรจุ.....
ได้มาจาก..... จำนวนรับ..... วันที่รับ.....
..... เลขที่หรืออักษรของครั้งที่ผลิต.....

ลำดับที่	วัน เดือน ปี ที่ขยาย	จำนวน / ปริมาณที่ขยาย	ชื่อ สกุล ผู้ซื้อ	ลายมือชื่อ ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	หมายเหตุ

บัญชีการขยายอำนาจพิเศษ เลขที่รายการที่เลขที่การคณะกรรมการอาหารและยา กำหนด

แบบ ข.ย. ๑๑

(ชื่อสถานที่ขยาย)

ชื่อยา

ชื่อผู้ผลิต / ผู้นำเข้า

ได้มาจาก

เลขที่หรืออักษรของครั้งที่ผลิต

จำนวนรับ

ขนาดบรรจุ

วันที่รับ

ลำดับที่	วัน เดือน ปี ที่ขยาย	จำนวน / ปริมาณ ที่ขยาย	ชื่อ สกุล ผู้ซื้อ	ลายมือชื่อ ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	หมายเหตุ

รายงานการขายตามที่เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยากำหนด

(ชื่อ ที่อยู่ สถานที่ขาย)

ชื่อยา เลขทะเบียนตำรับยา
 ชื่อผู้ผลิต / ผู้นำเข้า เลขที่หรืออักษรของครั้งที่ผลิต ขนาดบรรจุ
 ได้มาจาก จำนวนรับ วันที่รับ

ลำดับที่	วัน เดือน ปี ที่ขาย	จ่ายไปให้		จำนวน / ปริมาณ	หมายเหตุ
		ชื่อและที่อยู่	ประเภท		
				ขาย (หน่วยนับ) คงเหลือ (หน่วยนับ)	

(ลายมือชื่อ) ผู้รับอนุญาต.

(ลายมือชื่อ) ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติกร

รายละเอียดสิ่งที่ควรดำเนินการ

ตัวอย่าง การลงทะเบียน

1. บัญชีซื้อขาย เมื่อรับยาเข้าร้านจะต้องลงรายการยาที่ซื้อทั้งหมด ในบัญชีซื้อขาย ตามแบบ ข.ย.9 ทุกครั้ง โดยแสดงรายละเอียด ลำดับที่ วัน เดือน ปีที่ซื้อ ชื่อผู้ขาย ชื่อยา เลขที่หรืออักษรของครั้งที่ผลิต จำนวน/ปริมาณ รวมทั้งลายมือชื่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ และให้เก็บบัญชีไว้เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 3 ปีนับแต่วันซื้อ ตัวอย่างการลงทะเบียน (แบบ ข.ย.9) ตามรูป

บัญชีการซื้อขาย

แบบ ข.ย. ๙

วันที่รับยา วันที่ลงบัญชี
(ชื่อของร้านขายยา)

ลำดับที่	วัน เดือน ปี ที่ซื้อ	ชื่อผู้ขาย	ชื่อยา	เลขที่หรืออักษรของครั้งที่ผลิต	จำนวน / ปริมาณ	ลายมือชื่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	หมายเหตุ
1.	๑/๑๐/๕๕	Zoclig	Streptococcal	๕๕๕๕๕๕	๕ มักร	.....
2.	๑/๑๐/๕๕	.....	.....	๕๕๕๕	๑๐ มักร	.....
3.	๑/๑๐/๕๕	.....	.....	๕๕๕๕	๑๐ มักร	.....
4.	๑/๑๐/๕๕	.....	.....	๕๕๕๕๕๕	๕ มักร	.....
5.	๑/๑๐/๕๕	.....	.....	๕๕๕๕๕๕	๑๒ มักร	.....
๖.	๑/๑๐/๕๕	.....	.....	๕๕๕๕๕๕	๕๐ มักร	.....
๗.	๑/๑๐/๕๕	.....	.....	๕๕๕๕๕๕	๕ มักร	.....
๘.	๑/๑๐/๕๕	.....	.....	๕๕๕๕๕๕	๑๒ มักร	.....
๙.	๑/๑๐/๕๕	.....	.....	๕๕๕๕๕๕	๑๒ มักร	.....
10.	๑/๑๐/๕๕	.....	.....	๕๕๕๕๕๕	๑๕ มักร	.....

ทั้งนี้ ปริมาณยาที่จะซื้อเข้าร้านจะถูกจำกัดผ่านการควบคุมปริมาณการขายส่ง หรือการขายส่งให้ผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันของผู้ขายส่งยา ตามประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการขายยา ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 4 กันยายน 2558 เป็นต้นไป โดยมีรายละเอียดดังตาราง

ลำดับ	ชื่อยา	ประเภท	รูปแบบยา	ปริมาณที่ซื้อได้ต่อเดือน
1	ยา ترامาดอล (Tramadol)	ยาเดี่ยว และ ยาสูตรผสม	เม็ดและแคปซูล	ไม่เกิน 1,000 เม็ด หรือแคปซูลต่อเดือน
2	ยาเดกซ์โทรเมธอร์แฟน (Dextromethorphan)	ยาเดี่ยว และ ยาสูตรผสม	เม็ดและแคปซูล	ไม่เกิน 2,000 เม็ด หรือแคปซูลต่อเดือน
3	ยาจำพวกคอร์ติโคสเตอรอยด์ (Corticosteroids)	ยาเดี่ยว	เม็ดและแคปซูล	ไม่เกิน 1,000 เม็ด หรือแคปซูลต่อเดือน
4	ยาที่มีตัวยาซิลเดนาฟิล (Sildenafil) หรือทาดาลาฟิล (Tadalafil) หรือ วาเดนาฟิล (Vardenafil) เป็นตัวยาสำคัญ	ยาเดี่ยว	เม็ดและแคปซูล	ไม่เกิน 1,000 เม็ด หรือแคปซูลต่อเดือน
5	ยาในกลุ่มแอนติฮิสตามีน (Antihistamine) ตามรายการที่ประกาศฯ กำหนด	ยาเดี่ยว และ ยาสูตรผสม	ยาน้ำ	รอดิตตามประกาศฯ จากเว็บไซต์สำนักงานฯ อย. (http://drug.fda.moph.go.th/)

รายละเอียดสิ่งที่ควรดำเนินการ

2. บัญชีขายยาอันตรายฯ กรณีที่มีการขายยาอันตรายตามประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง รายการยาอันตรายที่ต้องทำบัญชีการขายยา ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 5 สิงหาคม 2558 เป็นต้นไป รายการยาที่จะต้องลงบัญชีขายยาฯ ตามแบบ ข.ย.11 ดังตาราง

ลำดับ	ชื่อยา	ประเภท	รูปแบบยา
1.	ยาทรามาโดล (Tramadol)	ยาเดี่ยว และยาสูตรผสม	ทุกรูปแบบ
2.	ยาเดกซีโตรเมธอร์แฟน(Dextromethorphan)	ยาเดี่ยว และยาสูตรผสม	ทุกรูปแบบ
3.	ยาในกลุ่มแอนติฮิสตามีน (Antihistamine) ตามรายการต่อไปนี้ 1. บรอมเฟนิรามีน (Brompheniramine) 2. คาร์บีน็อกซามีน (Carbinoxamine) 3. คลอร์เฟนิรามีน (Chlorpheniramine) 4. ไซโปรเฮปทาดีน (Cyproheptadine) 5. เดกซ์คลอร์เฟนิรามีน (Dexchlorpheniramine) 6. ไดเมนไฮดริเนต (Dimenhydrinate) 7. ไดเฟนไฮดรามีน (Diphenhydramine) 8. ด็อกซีลามีน (Doxylamine) 9. ไฮดรอกซีซีน (Hydroxyzine) 10. โปรเมทาซีน (Promethazine) 11. ไตรโพรลิดีน (Triprolidine)	ยาเดี่ยว และยาสูตรผสม	เฉพาะ รูปแบบยาน้ำ

ทั้งนี้ต้องจัดทำบัญชี และเก็บรักษาบัญชีไว้ ณ สถานที่ขายยาตามที่ระบุไว้ในใบอนุญาต พร้อมให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบได้ทุกเมื่อ

ตัวอย่างการจัดทำบัญชี แสดงตามรูป

บัญชีการขายยาอันตราย เฉพาะรายการยาที่เลขานุการคณะกรรมการอาหารและยากำหนด

แบบ ข.ย. ๑๑

ใช้ต่อหน้า ป้ายทองเขียว

(ใช้สถานที่ขายยา)

ชื่อยา Elitof-5[®] (Dextromethorphan HBr 50 mg)

ชื่อผู้ผลิต / ผู้จำหน่าย บริษัท ขงกรเภสัช จำกัด (มหาชน) เลขที่ใบอนุญาตครั้งที่ผลิต 1305348 ขนาดบรรจุ 30 เมล็ด / แผง, 1 แผง (30 เมล็ด)

ได้มาจาก คลังยาแผนกเวชภัณฑ์ จำนวน 1 แผง (50 เมล็ด) วันที่รับ 5/10/58

ลำดับที่	วัน เดือน ปี ที่ขาย	จำนวน / ปริมาณ ที่ขาย	ชื่อ ลูกค้า ผู้ซื้อ	ลายมือชื่อ ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1.	2/10/58	1 แผง	คุณหญิง ใจทอง	.....
2.	2/10/58	1 แผง	คุณ สมพร ใจป่า	.....
3.	3/10/58	1 แผง	คุณ ชัยคุณ ใจแสง	.....
4.	4/10/58	2 แผง	คุณ สมวิ ใจแก้ว	.....
5.	10/10/58	1 แผง	คุณ อรุณพร ใจสว่าง	.....
6.	11/10/58	2 แผง	คุณ กมล ใจเชิด	.....
7.	12/10/58	1 แผง	คุณ พงษ์พันธ์ ใจดี	.....
8.	24/10/58	1 แผง	คุณ สุชน ใจใจ	.....
9.	12/10/58	2 แผง	คุณ เภสัชกร ใจดี	.....

รายละเอียดสิ่งที่ควรดำเนินการ

โดยการทำบัญชีขายยาอันตรายฯ ตามแบบ ข.ย.11 จะต้องแสดงความเชื่อมโยงกับบัญชีซื้อขาย ตามแบบ ข.ย.9 โดยในแบบ ข.ย.11 นั้น 1 Lot. ในครั้งที่รับยาเข้าร้านนั้นๆ (ตามแบบ ข.ย.9) จะต้องลงรายการในแบบ ข.ย.11 1 ใบ หรืออาจกล่าวได้ว่าใน แบบ ข.ย.11 ใบหนึ่งๆ นั้นจะใช้กับยาที่รับเข้าร้านตามแบบ ข.ย.9 ขนาดความแรง และ Lot หนึ่งๆ เท่านั้น ดังตัวอย่าง

แบบ ข.ย. ๑๓

บัญชีการค้าขายยา

ร้านขายยา บ้านหลังเลขที่.....
(ชื่อสถานที่ขายยา)

ลำดับที่	วัน เดือน ปี ที่ซื้อ	ชื่อผู้ขาย	ชื่อยา	เลขที่หรืออักษรของครั้งที่ผลิต	จำนวน / ปริมาณ	ลายมือชื่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	หมายเหตุ
1.	2/10/51	Wellig	Sereptide [®] / coob. lec [®] 50/50mcg.	4ZF1160	3 กล่อง	(ลาย)	
2.	2/10/52	พหลฯ	Madiplot [®] 1g 30g	0153	10 กล่อง	(ลาย)	
3.	2/10/52	พหลฯ	Madiplot [®] 2g 30g	0212	10 กล่อง	(ลาย)	
4.	2/10/51	คลังยาธรรมธรงค์	Clivale [®] 15 g	5105251	6 ขวด	(ลาย)	
5.	2/10/51	คลังยาธรรมธรงค์	Clivale [®] 5 g	6301431	12 ขวด	(ลาย)	
6.	2/10/51	คลังยาธรรมธรงค์	Eifcof [®] - 5	1703340	50 แผง	(ลาย)	
7.	2/10/51	คลังยาธรรมธรงค์	Skinfect [®] 15g	29004430	6 ขวด	(ลาย)	

- ในวันที่ 2 ตุลาคม 2558 มีการรับยา Eifcof-G Lot.no. 1703340 จำนวน 50 แผง (1 กล่อง) จากคลังยาธรรมธรงค์ (บันทึกลงใน แบบ ข.ย.9)
- จัดทำบัญชีขายยาอันตรายฯ ตาม แบบ ข.ย.11 1 ใบ เพื่อลงรายการขายยา Eifcof-G Lot.no. 1703340 ตามจำนวนที่รับมาใน Lot. นั้นๆ

แบบ ข.ย. ๑๓

บัญชีการค้าขายยาอันตราย เลขที่รายการยาที่เลขวิธีการคณะกรรมการอาหารและยา

ร้านขายยา บ้านหลังเลขที่.....
(ชื่อสถานที่ขายยา)

ชื่อยา Eifcof-5[®] (Dextromethorphan HBr 15 mg)

ชื่อผู้ผลิต / ผู้นำเข้า บริษัท ชวบทเคมีภัณฑ์ จำกัด เลขที่หรืออักษรของครั้งที่ผลิต 1703340 ขนาดบรรจุ 10 แผง / แผง 50 หลอด (50 หลอด)

ได้จาก คลังยาธรรมธรงค์ จำนวนรับ 1 กล่อง (50 แผง) วันที่รับ 2/10/51

ลำดับที่	วัน เดือน ปี ที่ขาย	จำนวน / ปริมาณ ที่ขาย	ชื่อ ลาย ผู้ซื้อ	ลายมือชื่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	หมายเหตุ
1.	2/10/51	1 100%	คลังยาธรรมธรงค์	(ลาย)	
2.	2/10/51	1 100%	คลังยาธรรมธรงค์	(ลาย)	
3.	2/10/51	1 100%	คลังยาธรรมธรงค์	(ลาย)	

การกำหนดปริมาณสำหรับขายปลีก ตามประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไข ในการขายยา (มีผลบังคับตั้งแต่วันที่ 4 กันยายน 2558 เป็นต้นไป) กำหนดให้การขายยาอันตรายต่อไปนี้ ต้องขายภายใต้หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนด สำหรับยาที่เป็นยาควบคุมพิเศษจะต้องขายตามปริมาณที่ระบุในใบสั่งแพทย์ และทวนสอบกับแพทย์ผู้สั่งใช้ยาหากมีข้อสงสัย

รายละเอียดสิ่งที่ควรดำเนินการ

ลำดับ	ชื่อยา	ประเภท	รูปแบบยา	ปริมาณขายปลีก
1.	ยา ترامาดอล (Tramadol)	ยาเดี่ยว และ ยาสูตรผสม	เม็ดและ แคปซูล	- เฉพาะกับผู้มีความจำเป็นในการใช้ยาตามข้อบ่งใช้ของยาเท่านั้น - ไม่เกิน 20 เม็ดหรือแคปซูล/คน/ครั้ง - ห้ามขายให้ผู้มีอายุต่ำกว่า 17 ปี ในทุกกรณี
2.	ยา เดกซ์ไทรเมธอร์แฟน (Dextromethorphan)	ยาเดี่ยว และ ยาสูตรผสม	เม็ดและ แคปซูล	- เฉพาะกับผู้มีความจำเป็นในการใช้ยาตามข้อบ่งใช้ของยาเท่านั้น - ไม่เกิน 3 ขวด (180 มล.) /คน/ครั้ง - ไม่เกิน 20 เม็ดหรือแคปซูล/คน/ครั้ง
3.	ยาในกลุ่มแอนติฮิสตามีน (Antihistamine) ตามรายการต่อไปนี้ 1. บรอมเฟนิรามีน (Brompheniramine) 2. คาร์บิน็อกซามีน (Carbinoxamine) 3. คลอร์เฟนิรามีน (Chlorpheniramine) 4. ไซโปรเฮปทาดีน (Cyproheptadine) 5. เดกซ์คลอร์เฟนิรามีน (Dexchlorpheniramine) 6. ไดเมนไฮดริเนต (Dimenhydrinate) 7. ไดเฟนไฮดรามีน (Diphenhydramine) 8. ด็อกซีลามีน (Doxylamine) 9. ไฮดรอกซีซีน (Hydroxyzine) 10. โพรเมทาซีน (Promethazine) 11. ไตรโพรลิดีน (Triprolidine)	ยาเดี่ยว และ ยาสูตรผสม	ยาน้ำ	- เฉพาะกับผู้มีความจำเป็นในการใช้ยาตามข้อบ่งใช้ของยาเท่านั้น - ไม่เกิน 3 ขวด (180 มล.) /คน/ครั้ง

3. บัญชีการขายยาควบคุมพิเศษ การขายยาควบคุมพิเศษทุกรายการจะต้องลงรายการยาควบคุมพิเศษที่ขายไปโดยแสดงรายละเอียดลำดับที่ วัน เดือน ปี ที่ขาย จำนวน/ปริมาณ ที่ขาย ชื่อ สกุล ผู้ซื้อ รวมทั้งลายมือชื่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการด้วย และให้เก็บบัญชีไว้เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 3 ปีนับแต่วันที่ขาย โดย 1 ใบของแบบฟอร์ม ขย.10 จะลงบัญชีได้เฉพาะชื่อการค้าเดี่ยว และเลขที่หรืออักษรของครั้งที่ผลิตเดี่ยวเท่านั้นดังรูป

แบบ ข.อ. ๑๐

บัญชีการขายยาควบคุมพิเศษ

สำนักงาน ป่าสงวนสัตว์

(ชื่อสถานที่ขายยา)

ชื่อยา Serelide[®] Aceobaler[®] 50 / 250 mcg (Salmeterol 50 mcg , Fluticasone Propionate 250 mcg)
 ชื่อผู้ผลิต / ผู้จำหน่าย Glaxo Smith Kline (Thailand) เลขที่หรืออักษรของครั้งที่ผลิต 4317166 ขนาดบรรจุ 50 ขวด
 ได้มาจาก Zuehlig จำนวนรับ 3 ขวด วันที่รับ 2/10/53

ลำดับที่	วัน เดือน ปี ที่ขาย	จำนวน / ปริมาณที่ขาย	ชื่อ สกุล ผู้ซื้อ	ลายมือชื่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	หมายเหตุ
1.	1-31 / 10 / 53	ไม่มีการขาย		นาย	
2.	2 / 11 / 53	1 ขวด (10x)	นาย ชรินทร์ พรหมกัน	นาย	

รายละเอียดสิ่งที่ควรดำเนินการ

หากสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันนั้นไม่มีการขายยาควบคุมพิเศษ ยังคงต้องมีการทำบัญชีการขายยาควบคุมพิเศษ (ข.ย.10) แต่ฉบับที่กเป็น ไม่มีการซื้อและไม่มีการขายยาควบคุมพิเศษ (Zero order report) พร้อมทั้งลงลายมือชื่อเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการด้วย

แบบ ข.ย. ๑๐

บัญชีการขายยาควบคุมพิเศษ
ร้านขายยา ปานาเอเชีย จำกัด
(ชื่อสถานที่ขายยา)

ชื่อยา.....
ชื่อผู้ผลิต / ผู้จำหน่าย..... เลขที่หนังสือของกระทรวงสาธารณสุข..... ขนาดบรรจุ.....
ได้มาจาก..... จำนวนรับ..... ที่ได้รับ.....

ลำดับที่	วัน เดือน ปี ที่ขาย	จำนวน / ปริมาณที่ขาย	ชื่อ สกุล ผู้ซื้อ	ลายมือชื่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	หมายเหตุ
<p>ไม่มีการซื้อ และไม่มีการขายตามแบบ ข.ย. 10</p> <p>เลขที่..... (พงษ์กร นนท ช่างทอง) เภสัชกรประจำร้านขายยา</p>					

การทำบัญชีขายยาควบคุมพิเศษตามแบบ ข.ย.10 จะต้องแสดงความเชื่อมโยงกับบัญชีซื้อขายตามแบบ ข.ย.9 โดยในแบบ ข.ย.10 นั้น 1 Lot. ในครั้งที่รับยาเข้าร้านนั้นๆ (ตามแบบ ข.ย.9) จะต้องลงรายการในแบบ ข.ย.10 1 ใบ หรืออาจกล่าวได้ว่าในแบบ ข.ย.10 ใบหนึ่งๆ นั้นจะใช้กับยาที่รับเข้าร้านตามแบบ ข.ย. 9 ขนาดความแรงและ Lot. นั้นๆ เท่านั้น ดังตัวอย่าง

แบบ ข.ย. ๙

บัญชีการซื้อขาย
ร้านขายยา ปานาเอเชีย จำกัด
(ชื่อสถานที่ขายยา)

ลำดับที่	วัน เดือน ปี ที่ซื้อ	ชื่อผู้ขาย	ชื่อยา	เลขที่หนังสือของครั้งที่ผลิต	จำนวน / ปริมาณ	ลายมือชื่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	หมายเหตุ
1.	2/10/58	Zuellig	Seretide [®] Accuhaler [®] 50/250mg	4ZF7166	3 กล่อง	ไม่พบ	
2.	2/10/58	พหลฯ	Madiprot [®] 10 mg	0155	10 หลอด	ไม่พบ	
3.	2/10/58	พหลฯ	Madiprot [®] 20 mg	0212	10 หลอด	ไม่พบ	
4.	2/10/58	คลังทองนครเชียงใหม่	Chivrate - 50 mg	5703251	6 ขวด	ไม่พบ	
5.	2/10/58	คลังทองนครเชียงใหม่	Chivrate - 50 mg	620143E	12 ขวด	ไม่พบ	
6.	2/10/58	คลังทองนครเชียงใหม่	Gilcof - 5	1503340	50 หลอด	ไม่พบ	

- ในวันที่ 2 ตุลาคม 2558 มีการรับยา Seretide Accuhaler Lot.no. 4ZF7166 จำนวน 3 กล่อง จากบริษัท Zuellig ลงใน แบบ ข.ย.9
- จัดทำบัญชีขายยาควบคุมพิเศษ ตามแบบ ข.ย.10 1 ใบ เพื่อลงรายการขายยา Seretide Accuhaler Lot.no. 4ZF7166 ตามจำนวนที่รับมาใน Lot. นั้นๆ

รายละเอียดสิ่งที่ควรดำเนินการ

แบบ ข.ย. ๑๐

บัญชีการขายยาควบคุมพิเศษ

กำหนดวันที่ ปี พ.ศ. ๒๕๕๖

(ชื่อสถานที่ขายยา)

ชื่อยา Seretide[®] Accuhaler[®] 50/250 มก. (Salmeterol 50 mcg, Fluticasone Propionate 250 mcg.)

ชื่อผู้ผลิต / ผู้นำเข้า Glaxo Smith Kline (Thailand) เลขที่หรือลักษณะของครั้งที่ผลิต 4789166 ขนาดบรรจุ 60 doses

ได้มาจาก Zinellig จำนวนวัน ๖ วัน ปริมาณ ๑/๑๐/๕๕

ลำดับที่	วัน เดือน ปี ที่ขาย	จำนวน / ปริมาณที่ขาย	ชื่อ สกุล ผู้ซื้อ	ลายมือชื่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	หมายเหตุ
1.	1-31/10/55	ไม่มีการขายยา		/มวท	
2.	2/11/55	1 กล่อง (10x)	คุณชัชวาล พรพิทักษ์	/มวท	

4. บัญชีขายยาตามใบสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ (แบบ ข.ย. 12) ให้จัดทำบัญชีนี้เมื่อมีการขายยาตามใบสั่งใบสั่งยาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ (ผู้ประกอบวิชาชีพสัตวแพทย์) ไม่ว่าจะเป็ดยาประเภทใดก็ตาม โดยรายละเอียด ลำดับที่ วัน เดือน ปี ที่ขายยา ผู้สั่งยา (ชื่อ-สกุล ที่อยู่หรือทำงาน) ผู้ใช้ยา (ชื่อ-สกุล อายุ ที่อยู่) ชื่อยา และจำนวน/ปริมาณ รวมทั้งลายมือชื่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ และให้เก็บใบสั่งยาไว้เป็นเวลาไม่น้อยกว่าหนึ่งปีนับแต่วันขาย และให้เก็บบัญชี ข.ย.12 ไว้เป็นเวลาไม่น้อยกว่าสามปี นับแต่วันขาย ตามรูป

แบบ ข.ย. ๑๒

บัญชีการขายยาตามใบสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์

กำหนดวันที่ ปี พ.ศ. ๒๕๕๖

(ชื่อสถานที่ขายยา)

ลำดับที่	วัน เดือน ปี ที่ขายยา	ผู้สั่งยา		ผู้ใช้ยา			ชื่อยา และ จำนวน / ปริมาณ	ลายมือชื่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	หมายเหตุ
		ชื่อ - สกุล	ที่อยู่หรือทำงาน	ชื่อ - สกุล	อายุ	ที่อยู่			
1.	2/11/55	พ.ศ. ชัชวาล พรพิทักษ์	พ.ศ. ชัชวาล พรพิทักษ์	คุณชัชวาล พรพิทักษ์	๖๕ ปี	๖ ถนนถาวรพลาภิรักษ์ แขวงคลองเตย จ.กรุงเทพฯ	Seretide [®] Accuhaler [®] 50/250 mcg 1 กล่อง (10x)	/มวท	

รายละเอียดสิ่งที่ควรดำเนินการ

หากสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันนั้น ไม่มีการขายยาตามใบสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ ยังคงต้องมีการทำบัญชีการขายยาควบคุมพิเศษ (ข.ย.12) แต่ลงบันทึกเป็น ไม่มีการขายยาตามใบสั่งตาม แบบ ข.ย.12 (Zero report) รวมทั้งมีการลงลายมือชื่อเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ด้วย

แบบ ข.ย. ๑๒

บัญชีการขายยาตามใบสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะ
หรือผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์
.....
.....
(ชื่อสถานที่ขายยา)

ลำดับที่	วัน เดือน ปี ที่ขายยา	ผู้สั่งยา		ผู้ขายยา			ชื่อยา และ จำนวน / ปริมาณ	ลายมือชื่อ ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	หมายเหตุ
		ชื่อ - สกุล	ที่อยู่หรือตำแหน่ง	ชื่อ - สกุล	อายุ	ที่อยู่			
ไม่มีเภสัชกร คนห้อง ข.ย. 12 และ (นายสมยศ จันทร์) เภสัชกรประจำร้านเภสัช									

5. รายงานการขายยาตามที่เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยากำหนด ผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะที่เป็นการขายส่ง และผู้รับอนุญาตขายส่งยาแผนปัจจุบัน จะต้องทำรายงานตามแบบ ข.ย.13 รายงานต่อ อย.ทุก 4 เดือน ตามประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง รายงานยาที่ต้องรายงานต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

แบบ ข.ย. ๑๓

รายงานการขายยาตามที่เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยากำหนด
.....
(ชื่อ ที่อยู่ สถานที่ขายยา)

ชื่อยา เลขทะเบียนตำรับยา

ชื่อผู้ผลิต / ผู้นำเข้า เลขที่หรืออักษรของกรัฟที่ผลิต ขนาดบรรจุ

ได้มาจาก จำนวนรับ วันที่รับ

ลำดับที่	วัน เดือน ปี ที่ขาย	จ่ายไปให้		จำนวน / ปริมาณ		หมายเหตุ
		ชื่อและที่อยู่	ประเภท	ขาย (หน่วยนับ)	คงเหลือ (หน่วยนับ)	

(ลายมือชื่อ) ผู้รับอนุญาต
(ลายมือชื่อ) ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ