คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต
เกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ

☐ ในประเภท 2 ☐ ในประเภท 5 (เฉพาะกัญชา)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

(ชื่อผู้รับอนุญาต)

ซึ่งมีผู้ดำเนินกิจการชื่อ.....ได้รับอนุญาตให้.....

.....ตามใบอนุญาตที่.....

ณ สถานที่ชื่อ.....อยู่เลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์.....

ขอเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตดังต่อไปนี้

- เปลี่ยน.....**จาก**.....

เป็น.....

- เปลี่ยน.....**จาก**.....

เป็น.....

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

1. ต้นฉบับใบอนุญาตที่ต้องการแก้ไข
2. เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง
   - **กรณีเปลี่ยนแปลงชื่อสถานพยาบาล** ได้แก่
     2.1 สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
     2.2 สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
     2.3 รูปถ่ายคลินิก หรือ โรงพยาบาล จำนวน **2** รูป
     - รูปที่ 1 แสดงลักษณะอาคาร
     - รูปที่ 2 แสดงป้าย เลขที่ของสถานที่ตั้ง
   - **กรณีแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการอื่นๆ** แนบเอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง

กรณีบุคคลธรรมดา	**กรณีนิติบุคคล**
(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ	**(ลายมือชื่อ).....**กรรมการบริษัท
( )	( )
(ผู้ดำเนินกิจการ)	**(ลายมือชื่อ).....**กรรมการบริษัท
	( )

ผลการตรวจรับ

ครั้งที่ 1

❑กรณียื่นเอกสารด้วยตนเอง

❑ เอกสารครบถ้วน/ถูกต้อง รับคำขอและเอกสารไว้เพื่อดำเนินการต่อไป

❑ เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก

.....

.....

❑ ให้ยื่นเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมภายในระยะเวลา 5 วันทำการ นับจากวันที่ได้รับเรื่อง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ในการคืนคำขอ

❑ คืนเอกสารคำขอ แล้วให้นำมายื่นใหม่ภายหลัง พร้อมแก้ไขให้ถูกต้อง

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ ลงชื่อ.....
รับทราบผลการตรวจเอกสาร วันที่...../...../.....

ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ.....
วันที่...../...../.....

❑ **กรณีส่งทางไปรษณีย์**

ให้เจ้าหน้าที่แจ้งผู้ยื่นคำขอ โดยกำหนดส่งภายใน 20 วันทำการ นับจากวันที่แจ้ง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ในการคืนคำขอ

( ) แจ้งทางโทรศัพท์ หมายเลข.....
ผู้รับเรื่อง.....

( ) แจ้งทางโทรสาร หมายเลข.....

( ) แจ้งทางไปรษณีย์

ครั้งที่ 2

❑ เอกสารครบถ้วน

❑ เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง คืนเอกสารคำขอ

.....

.....

ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ.....
วันที่...../...../.....

ตัวอย่างการกรอก

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต เกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์หรือยาเสพติดให้โทษในประเภท 2

เอกชน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... ***" บริษัท / หจก. / มูลนิธิ / สมาคม ฯ "*** .....

(ชื่อผู้รับอนุญาต)

ซึ่งมีผู้ดำเนินกิจการชื่อ.. ***" ชื่อผู้ดำเนินกิจการเดิม "*** .....ได้รับอนุญาตให้..... ***" ชื่อใบอนุญาตฯ "*** .....ตามใบอนุญาตที่.. ***" เลขที่ใบอนุญาต***

ณ สถานที่ชื่อ..... ***" ชื่อสถานพยาบาล / ชื่อสถานที่ "*** .....อยู่เลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์.....

ขอเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตดังต่อไปนี้

- เปลี่ยน.....**จาก**.....

  เป็น.....

- เปลี่ยน.. ***" ผู้ดำเนินกิจการ "*** **จาก**..... ***" ชื่อผู้ดำเนินกิจการเดิม "*** .....

  เป็น..... ***" ชื่อผู้ดำเนินกิจการใหม่ "*** .....

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

1. ต้นฉบับใบอนุญาตที่ต้องการแก้ไข
2. เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง

- **กรณีเปลี่ยนแปลงชื่อสถานพยาบาล** ได้แก่

  2.1 สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

  2.2 สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

  2.3 รูปถ่ายคลินิก หรือ โรงพยาบาล จำนวน **2** รูป

  - รูปที่ 1 แสดงลักษณะอาคาร
  - รูปที่ 2 แสดงป้าย เลขที่ของสถานที่ตั้ง

- **กรณีแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการอื่นๆ** แนบเอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง

กรณีบุคคลธรรมดา	**กรณีนิติบุคคล**
(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ	**(ลายมือชื่อ)**.....***กรรมการผู้มีอำนาจฯ***.....กรรมการบริษัท
( )	(***และประทับตราบริษัท***)

(ผู้ดำเนินกิจการ) **(ลายมือชื่อ)**.....***กรรมการผู้มีอำนาจฯ***.....กรรมการบริษัท

(***และประทับตราบริษัท***)

ผลการตรวจรับ

ครั้งที่ 1	**ครั้งที่ 2**
❑กรณียื่นเอกสารด้วยตนเอง ❑ เอกสารครบถ้วน/ถูกต้อง รับคำขอและเอกสารไว้เพื่อดำเนินการต่อไป ❑ เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก .... ❑ ให้ยื่นเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมภายในระยะเวลา 5 วันทำการ นับจากวันที่ได้รับเรื่อง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ในการคืนคำขอ ❑ คืนเอกสารคำขอ แล้วให้นำมายื่นใหม่ภายหลัง พร้อมแก้ไขให้ถูกต้อง ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ ลงชื่อ..... รับทราบผลการตรวจเอกสาร วันที่...../...../..... ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ..... วันที่...../...../..... ❑ **กรณีส่งทางไปรษณีย์** ให้เจ้าหน้าที่แจ้งผู้ยื่นคำขอ โดยกำหนดส่งภายใน 20 วันทำการ นับจากวันที่แจ้ง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ในการคืนคำขอ ( ) แจ้งทางโทรศัพท์ หมายเลข..... ผู้รับเรื่อง..... ( ) แจ้งทางโทรสาร หมายเลข..... ( ) แจ้งทางไปรษณีย์	❑ เอกสารครบถ้วน ❑ เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง คืนเอกสารคำขอ .... ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ..... วันที่...../...../.....

ตัวอย่างการกรอก

หน่วยงานราชการ

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต เกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์หรือยาเสพติดให้โทษในประเภท 2

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... ***" กระทรวง / ทบวง / กรม ฯ "*** .....

(ชื่อผู้รับอนุญาต)

ซึ่งมีผู้ดำเนินกิจการชื่อ ***" ชื่อผู้ดำเนินกิจการเดิม "*** .....ได้รับอนุญาตให้..... ***" ชื่อใบอนุญาต ฯ "*** .....

.....ตามใบอนุญาตที่ ***" เลขที่ใบอนุญาต***

ณ สถานที่ชื่อ..... ***" ชื่อสถานที่ / โรงพยาบาล "*** .....อยู่เลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์.....

ขอเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตดังต่อไปนี้

- เปลี่ยน.....**จาก**.....

  เป็น..... .....

- เปลี่ยน..... ***" ผู้ดำเนินกิจการ "*** **จาก**..... ***" ชื่อผู้ดำเนินกิจการเดิม "*** .....

  เป็น..... ***" ชื่อผู้ดำเนินกิจการใหม่ "*** .....

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

1. ต้นฉบับใบอนุญาตที่ต้องการแก้ไข
2. เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง
   - **กรณีเปลี่ยนแปลงชื่อสถานพยาบาล** ได้แก่
     - 2.1 สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
     - 2.2 สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
     - 2.3 รูปถ่ายคลินิก หรือ โรงพยาบาล จำนวน **2** รูป
       - รูปที่ 1 แสดงลักษณะอาคาร
       - รูปที่ 2 แสดงป้าย เลขที่ของสถานที่ตั้ง
   - **กรณีแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการอื่นๆ** แนบเอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง

กรณีบุคคลธรรมดา

(ลายมือชื่อ) ***" ผู้ดำเนินกิจการใหม่ "*** **ยื่นคำขอ**

( )

(ผู้ดำเนินกิจการ)

กรณีนิติบุคคล

(ลายมือชื่อ).....กรรมการบริษัท

( )

(ลายมือชื่อ).....กรรมการบริษัท

( )

ผลการตรวจรับ

ครั้งที่ 1	**ครั้งที่ 2**
❑กรณียื่นเอกสารด้วยตนเอง ❑ เอกสารครบถ้วน/ถูกต้อง รับคำขอและเอกสารไว้เพื่อดำเนินการต่อไป ❑ เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก .... ❑ ให้ยื่นเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมภายในระยะเวลา 5 วันทำการ นับจากวันที่ได้รับเรื่อง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ในการคืนคำขอ ❑ คืนเอกสารคำขอ แล้วให้นำมายื่นใหม่ภายหลัง พร้อมแก้ไขให้ถูกต้อง ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ ลงชื่อ..... รับทราบผลการตรวจเอกสาร วันที่...../...../..... ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ..... วันที่...../...../..... ❑ **กรณีส่งทางไปรษณีย์** ให้เจ้าหน้าที่แจ้งผู้ยื่นคำขอ โดยกำหนดส่งภายใน 20 วันทำการ นับจากวันที่แจ้ง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ในการคืนคำขอ ( ) แจ้งทางโทรศัพท์ หมายเลข..... ผู้รับเรื่อง..... ( ) แจ้งทางโทรสาร หมายเลข..... ( ) แจ้งทางไปรษณีย์	❑ เอกสารครบถ้วน ❑ เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง คืนเอกสารคำขอ .... ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ..... วันที่...../...../.....

ตัวอย่างการกรอก

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต เกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์หรือยาเสพติดให้โทษในประเภท 2

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....***สำนักงานตำรวจแห่งชาติ***.....

(ชื่อผู้รับอนุญาต)

ซึ่งมีผู้ดำเนินกิจการชื่อ.....***ชื่อผู้ดำเนินกิจการเดิม***.....ได้รับอนุญาตให้.....***ชื่อใบอนุญาตฯ***.....

.....ตามใบอนุญาตที่.....***เลขที่ใบอนุญาตฯ***.....

ณ สถานที่ชื่อ.....***พิสูจน์หลักฐานจังหวัดฯ***.....อยู่เลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์.....

ขอเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตดังต่อไปนี้

- เปลี่ยน.....**จาก**.....

เป็น.....

- เปลี่ยน.....***ผู้ดำเนินกิจการ***.....**จาก**.....***ชื่อผู้ดำเนินกิจการเดิม***.....

เป็น.....***ชื่อผู้ดำเนินกิจการใหม่***.....

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

1. ต้นฉบับใบอนุญาตที่ต้องการแก้ไข
2. เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง
   - **กรณีเปลี่ยนแปลงชื่อสถานพยาบาล** ได้แก่
     - 2.1 สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
     - 2.2 สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
     - 2.3 รูปถ่ายคลินิก หรือ โรงพยาบาล จำนวน **2** รูป
       - รูปที่ 1 แสดงลักษณะอาคาร
       - รูปที่ 2 แสดงป้าย เลขที่ของสถานที่ตั้ง
   - **กรณีแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการอื่นๆ** แนบเอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง

กรณีบุคคลธรรมดา	**กรณีนิติบุคคล**

(ลายมือชื่อ)...***ผู้ดำเนินกิจการใหม่***...**ผู้ยื่นคำขอ**

( )

(ผู้ดำเนินกิจการ)

(ลายมือชื่อ).....กรรมการบริษัท

( )

(ลายมือชื่อ).....กรรมการบริษัท

( )

ผลการตรวจรับ

ครั้งที่ 1

❑กรณียื่นเอกสารด้วยตนเอง

❑ เอกสารครบถ้วน/ถูกต้อง รับคำขอและเอกสารไว้เพื่อดำเนินการต่อไป

❑ เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก

.....

.....

❑ ให้ยื่นเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมภายในระยะเวลา 5 วันทำการ นับจากวันที่ได้รับเรื่อง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ในการคืนคำขอ

❑ คืนเอกสารคำขอ แล้วให้นำมายื่นใหม่ภายหลัง พร้อมแก้ไขให้ถูกต้อง

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ ลงชื่อ.....

รับทราบผลการตรวจเอกสาร วันที่...../...../.....

ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ.....

วันที่...../...../.....

❑ **กรณีส่งทางไปรษณีย์**

ให้เจ้าหน้าที่แจ้งผู้ยื่นคำขอ โดยกำหนดส่งภายใน 20 วันทำการ นับจากวันที่แจ้ง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ในการคืนคำขอ

( ) แจ้งทางโทรศัพท์ หมายเลข.....

ผู้รับเรื่อง.....

( ) แจ้งทางโทรสาร หมายเลข.....

( ) แจ้งทางไปรษณีย์

ครั้งที่ 2

❑ เอกสารครบถ้วน

❑ เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง คืนเอกสารคำขอ

.....

.....

ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ.....

วันที่...../...../.....

ตัวอย่างการกรอก

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต เกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์หรือยาเสพติดให้โทษในประเภท 2

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....***สำนักงานตำรวจแห่งชาติ***.....

(ชื่อผู้รับอนุญาต)

ซึ่งมีผู้ดำเนินกิจการชื่อ.....***ชื่อผู้ดำเนินกิจการ***.....ได้รับอนุญาตให้.....***ชื่อใบอนุญาต ฯ***.....

.....ตามใบอนุญาตที่...***เลขที่ใบอนุญาต ฯ***.....

ณ สถานที่ชื่อ.....***พิสูจน์หลักฐานจังหวัด ฯ***.....อยู่เลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์.....

ขอเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตดังต่อไปนี้

- เปลี่ยน.....**จาก**.....

  เป็น.....

- เปลี่ยน.....***การระบุยศ***.....**จาก**.....***พ.ต.ต. ...***.....

  เป็น.....***พ.ต.ท. ...***.....

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

1. ต้นฉบับใบอนุญาตที่ต้องการแก้ไข
2. เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง

- **กรณีเปลี่ยนแปลงชื่อสถานพยาบาล** ได้แก่

  2.1 สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

  2.2 สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

  2.3 รูปถ่ายคลินิก หรือ โรงพยาบาล จำนวน **2** รูป

  - รูปที่ 1 แสดงลักษณะอาคาร
  - รูปที่ 2 แสดงป้าย เลขที่ของสถานที่ตั้ง

- **กรณีแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการอื่นๆ** แนบเอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง

กรณีบุคคลธรรมดา	**กรณีนิติบุคคล**
(ลายมือชื่อ)....***ผู้ดำเนินกิจการ***.....**ผู้ยื่นคำขอ**	**(ลายมือชื่อ)**.....กรรมการบริษัท

( ) ( )

(ผู้ดำเนินกิจการ) **(ลายมือชื่อ)**.....กรรมการบริษัท

( )

ผลการตรวจรับ

ครั้งที่ 1	**ครั้งที่ 2**
❑กรณียื่นเอกสารด้วยตนเอง ❑ เอกสารครบถ้วน/ถูกต้อง รับคำขอและเอกสารไว้เพื่อดำเนินการต่อไป ❑ เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก .... ❑ ให้ยื่นเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมภายในระยะเวลา 5 วันทำการ นับจากวันที่ได้รับเรื่อง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ในการคืนคำขอ ❑ คืนเอกสารคำขอ แล้วให้นำมายื่นใหม่ภายหลัง พร้อมแก้ไขให้ถูกต้อง ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ ลงชื่อ..... รับทราบผลการตรวจเอกสาร วันที่...../...../..... ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ..... วันที่...../...../..... ❑ **กรณีส่งทางไปรษณีย์** ให้เจ้าหน้าที่แจ้งผู้ยื่นคำขอ โดยกำหนดส่งภายใน 20 วันทำการ นับจากวันที่แจ้ง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ในการคืนคำขอ ( ) แจ้งทางโทรศัพท์ หมายเลข..... ผู้รับเรื่อง..... ( ) แจ้งทางโทรสาร หมายเลข..... ( ) แจ้งทางไปรษณีย์	❑ เอกสารครบถ้วน ❑ เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง คืนเอกสารคำขอ .... ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ..... วันที่...../...../.....

ตัวอย่างการกรอก

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต เกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์หรือยาเสพติดให้โทษในประเภท 2

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....***กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์***.....

(ชื่อผู้รับอนุญาต)

ซึ่งมีผู้ดำเนินกิจการชื่อ.....***ชื่อผู้ดำเนินกิจการ***.....ได้รับอนุญาตให้.....***ชื่อใบอนุญาต ฯ***.....

.....ตามใบอนุญาตที่....***เลขที่ใบอนุญาต ฯ***....

ณ สถานที่ชื่อ.....***ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์...***.....อยู่เลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์.....

ขอเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตดังต่อไปนี้

- เปลี่ยน.....***ชื่อสถานที่***.....**จาก**.....***ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์.....***.....

เป็น.....***ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่...***.....

- เปลี่ยน.....**จาก**.....

เป็น.....

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

1. ต้นฉบับใบอนุญาตที่ต้องการแก้ไข
2. เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง

- กรณีเปลี่ยนแปลงชื่อสถานพยาบาล ได้แก่

2.1 สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

2.2 สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

2.3 รูปถ่ายคลินิก หรือ โรงพยาบาล จำนวน **2** รูป

- รูปที่ 1 แสดงลักษณะอาคาร
- รูปที่ 2 แสดงป้าย เลขที่ของสถานที่ตั้ง

- **กรณีแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการอื่นๆ** แนบเอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง

กรณีบุคคลธรรมดา	**กรณีนิติบุคคล**
(ลายมือชื่อ).....***ผู้ดำเนินกิจการ***....**ผู้ยื่นคำขอ**	**(ลายมือชื่อ)**.....กรรมการบริษัท

( ) ( )

(ผู้ดำเนินกิจการ) **(ลายมือชื่อ)**.....กรรมการบริษัท

( )

ผลการตรวจรับ

ครั้งที่ 1

❑กรณียื่นเอกสารด้วยตนเอง

❑ เอกสารครบถ้วน/ถูกต้อง รับคำขอและเอกสารไว้เพื่อดำเนินการต่อไป

❑ เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก

.....

.....

❑ ให้ยื่นเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมภายในระยะเวลา 5 วันทำการ นับจากวันที่ได้รับเรื่อง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ในการคืนคำขอ

❑ คืนเอกสารคำขอ แล้วให้นำมายื่นใหม่ภายหลัง พร้อมแก้ไขให้ถูกต้อง

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ ลงชื่อ.....

รับทราบผลการตรวจเอกสาร วันที่...../...../.....

ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ.....

วันที่...../...../.....

❑ **กรณีส่งทางไปรษณีย์**

ให้เจ้าหน้าที่แจ้งผู้ยื่นคำขอ โดยกำหนดส่งภายใน 20 วันทำการ นับจากวันที่แจ้ง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ในการคืนคำขอ

( ) แจ้งทางโทรศัพท์ หมายเลข.....

ผู้รับเรื่อง.....

( ) แจ้งทางโทรสาร หมายเลข.....

( ) แจ้งทางไปรษณีย์

ครั้งที่ 2

❑ เอกสารครบถ้วน

❑ เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง คืนเอกสารคำขอ

.....

.....

ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ.....

วันที่...../...../.....

หนังสือมอบอำนาจ
ให้ผู้อื่นมายื่นและรับเอกสารเกี่ยวกับ ใบอนุญาต ฯ วัตถุเสพติด

วันที่……..เดือน……พ.ศ. ……

ข้าพเจ้า……...…อายุ……ปี เป็นผู้ดำเนินกิจการในสถานที่ประกอบการชื่อ…….. …..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 O ขอรับใบอนุญาต……..……...…..……

..……...……..

O แก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต……...

……...

O ต่ออายุใบอนุญาต……...

O อื่น ๆ (ระบุ)……..

โดยเป็นผู้ยื่น / รับเอกสาร ตลอดถึงการแก้ไขเอกสาร ที่กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา แทนข้าพเจ้า ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

1. สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ ของข้าพเจ้าที่รับรองเอกสารแล้ว
2. สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ ของผู้รับมอบอำนาจที่รับรองเอกสารแล้ว

การใดที่ นาย / นาง /นางสาว……..……ได้กระทำไปให้ถือเสมือนเป็นการกระทำของข้าพเจ้า และข้าพเจ้าขอรับผิดชอบทุกประการ

ลงชื่อ …… ผู้มอบอำนาจ

(……)

ลงชื่อ ……..…..…..... ผู้รับมอบอำนาจ

(……...)

ลงชื่อ …… พยาน

(……)

ลงชื่อ …… พยาน

(……)

ติดอากร 30.- บาท

ประทับตราบริษัทฯ (ถ้ามี)

กรุณากรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน : ถ้าส่งเอกสารทางไปรษณีย์ไม่ต้องใช้หนังสือมอบอำนาจ