

NEW

ระบบสถานที่ด้านยา



SKYNET

เปิดให้ใช้งาน

12 มิถุนายน 2566

ระบบยื่นคำขอออนไลน์
e-submission

0-2591-3312-3, 0-2590-7191

drug-smarthelp@fda.moph.go.th

อ้างอิง ประกาศ เลขที่ สร 1009/ว556 ลงวันที่ 24 เมษายน 2566

เรียนผู้ประกอบการทุกท่าน

ที่มีความประสงค์ยื่นคำขอสถานประกอบการรายใหม่และ
แก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตผลิต/นำส่ง/ขาย



OpenID Link ไอเพน ไอดี



Skynet Link ระบบสถานที่ด้านยา



YouTube Link วิดีโอสอนการใช้งาน



Introduction Link คำแนะนำแนวทาง



Guideline Link คู่มือการใช้งาน

หนังสือแจ้งความประสงค์ กรณีผู้ดำเนินการขอใช้งานระบบด้วยตนเอง

เขียนที่.....

วันที่

เรื่อง ขอเข้าใช้ระบบสารสนเทศของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในส่วนของระบบงานด้านยา

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี (ผู้อำนวยการกองยา)

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาใบอนุญาต (กรณีรายใหม่ ไม่ต้อง)

๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ใช้งาน

๓. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ใช้งาน

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....เลขบัตรประชาชน.....

ในฐานะผู้ดำเนินการตามใบอนุญาต เลขที่.....ชื่อผู้รับอนุญาต.....

เลขทะเบียนนิติบุคคล.....ที่อยู่ตามใบอนุญาต.....

มีความประสงค์ขอเข้าใช้ระบบสารสนเทศของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในส่วนของระบบงานด้านยา

รายละเอียดดังนี้

ระบบผลิตภัณฑ์ยา

ระบบเภสัชเคมีภัณฑ์

ระบบ Th eCTD portal

ระบบรายงานประจำปี () สำหรับผู้บันทึกข้อมูล () สำหรับเภสัชกรผู้ตรวจสอบรายงาน

ระบบ FDA Reporter () สำหรับผู้บันทึกข้อมูล () สำหรับเภสัชกรผู้ตรวจสอบรายงาน

ระบบ สถานที่ด้านยา (/) ใบอนุญาตด้านยา () GMP Clearance

ระบบยาวิจัย

ทั้งนี้ข้าพเจ้ารับทราบและยินดีปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการเข้าใช้ระบบงานด้านยาและได้แนบเอกสารประกอบครบถ้วนแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ..... ผู้ขอใช้ระบบ

()

ตำแหน่ง.....

ประทับตราบริษัท(ถ้ามี)

หนังสือแจ้งความประสงค์ กรณีผู้รับมอบอำนาจขอใช้งานระบบ

เขียนที่.....

วันที่

เรื่อง ขอเข้าใช้ระบบสารสนเทศของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในส่วนของระบบงานด้านยา

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี (ผู้อำนวยการกองยา)

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาใบอนุญาต (กรณีรายใหม่ ไม่ต้อง)

๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

๓. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอใช้งานหรือผู้รับมอบอำนาจ

๔. หนังสือมอบอำนาจซึ่งปิดอากรแสตมป์ ๓๐ บาท

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....เลขบัตรประชาชน.....

ในฐานะผู้ดำเนินการตามใบอนุญาต เลขที่.....ชื่อผู้รับอนุญาต.....

เลขทะเบียนนิติบุคคล.....ที่อยู่ตามใบอนุญาต.....

มีความประสงค์และยินยอมให้(นาย/นาง/นางสาว).....เลขบัตรประชาชน.....

เป็นผู้รับมอบอำนาจ ในการเข้าใช้และดำเนินการตามระบบงานด้านยา รายละเอียดดังนี้

ระบบผลิตภัณฑ์ยา

ระบบเภสัชเคมีภัณฑ์

ระบบ Th eCTD portal

ระบบรายงานประจำปี () สำหรับผู้บันทึกข้อมูล () สำหรับเภสัชกรผู้ตรวจสอบรายงาน

ระบบ FDA Reporter () สำหรับผู้บันทึกข้อมูล () สำหรับเภสัชกรผู้ตรวจสอบรายงาน

ระบบ สถานที่ด้านยา (/) ใบอนุญาตด้านยา () GMP Clearance

ระบบยาวิจัย

ทั้งนี้การใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำภายใต้ขอบเขตแห่งการยินยอมนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบและมีผลผูกพัน
ข้าพเจ้าทุกประการ อีกทั้งข้าพเจ้ารับทราบและยินดีปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการเข้าใช้ระบบงานด้านยาโดยจะ
กำกับให้ผู้รับมอบอำนาจทราบและปฏิบัติตามด้วยเช่นกัน อนึ่งข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบครบถ้วนแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ..... ผู้มอบอำนาจที่ขอใช้ระบบ

()

ตำแหน่ง.....

ประทับตราบริษัท(ถ้ามี)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

เลขบัตรประชาชน.....ในฐานะผู้ดำเนินการ ตามใบอนุญาต เลขที่.....

ชื่อผู้รับอนุญาต..... เลขทะเบียนนิติบุคคล.....

ที่อยู่ตามใบอนุญาต.....

ขอมอบอำนาจให้ (นาย/นาง/นางสาว)..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

เป็นผู้มีอำนาจ ในการเข้าใช้ระบบสารสนเทศของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในส่วนของระบบงานด้านยา
รายละเอียดดังนี้

ระบบผลิตภัณฑ์ยา

ระบบเภสัชเคมีภัณฑ์

ระบบ Th eCTD portal

ระบบรายงานประจำปี () สำหรับผู้บันทึกข้อมูล () สำหรับเภสัชกรผู้ตรวจสอบรายงาน

ระบบ FDA Reporter () สำหรับผู้บันทึกข้อมูล () สำหรับเภสัชกรผู้ตรวจสอบรายงาน

ระบบ สถานที่ด้านยา (/) ใบอนุญาตด้านยา () GMP Clearance

ระบบยาวิจัย

ได้ตั้งแต่วันที่..... จนถึง

ข้าพเจ้าขอให้สัญญาว่าการกระทำใด ๆ ที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำลงไปภายใต้เงื่อนไขของหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้ ให้ถือเสมือนหนึ่งว่าข้าพเจ้าได้กระทำการนั้นด้วยตัวข้าพเจ้าเองทุกประการ และหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้เป็นการมอบอำนาจให้เฉพาะเพื่อดำเนินการตามที่ระบุไว้ข้างต้นเท่านั้น จึงได้ลงลายมือชื่อต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐาน

ติดอากรแสตมป์ ๓๐ บาท

ลงชื่อ..... ผู้มอบอำนาจ

()

ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอำนาจ

()

ลงชื่อ..... พยาน

()

ลงชื่อ..... พยาน

()

**ชุดคำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน
เฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์**

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

โทร 077-283703 หรือ 077-272784

Email : 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 | | |
|
 | | |
| - 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

ผู้ประกอบ () 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

เฉพาะกรณีที่ไม่ได้รับราชการ หรือ ทำงานประจำ (ให้กรอกข้อความ อ่านและลงนามข้างล่างนี้)

ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่ได้รับราชการหรือทำงานประจำใด
ทั้งนี้ข้าพเจ้าทราบว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

ลงชื่อ

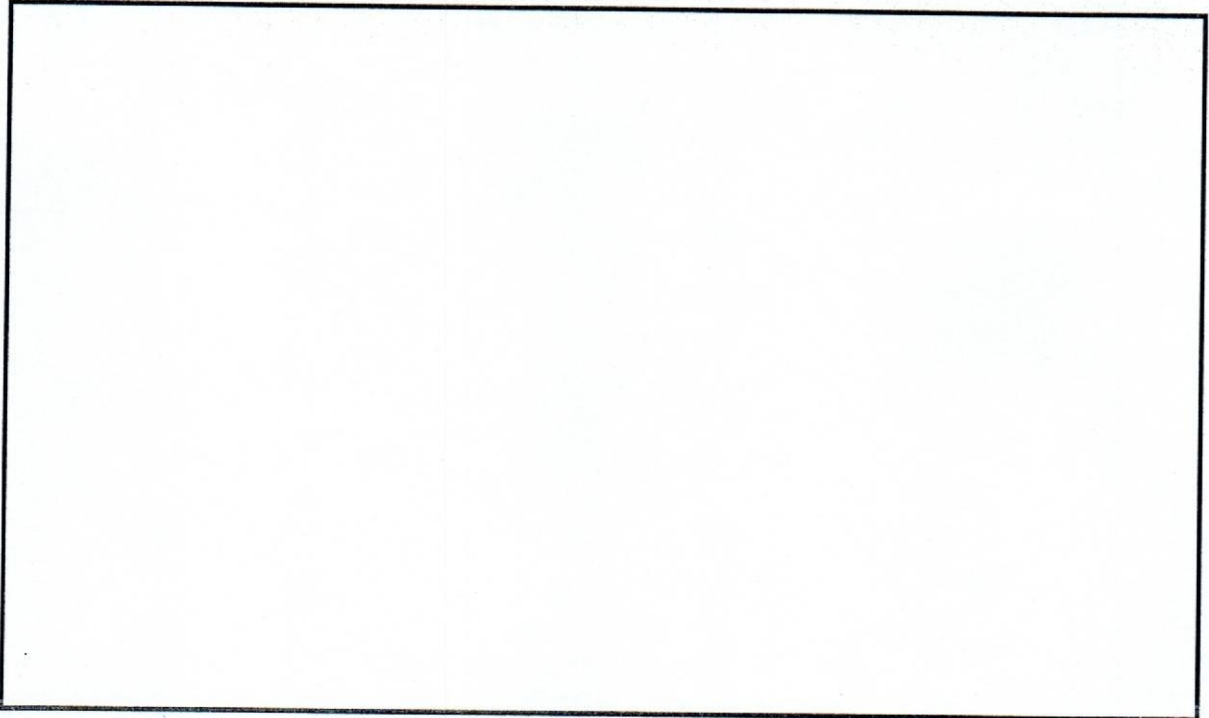
(.....)

เลขที่ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

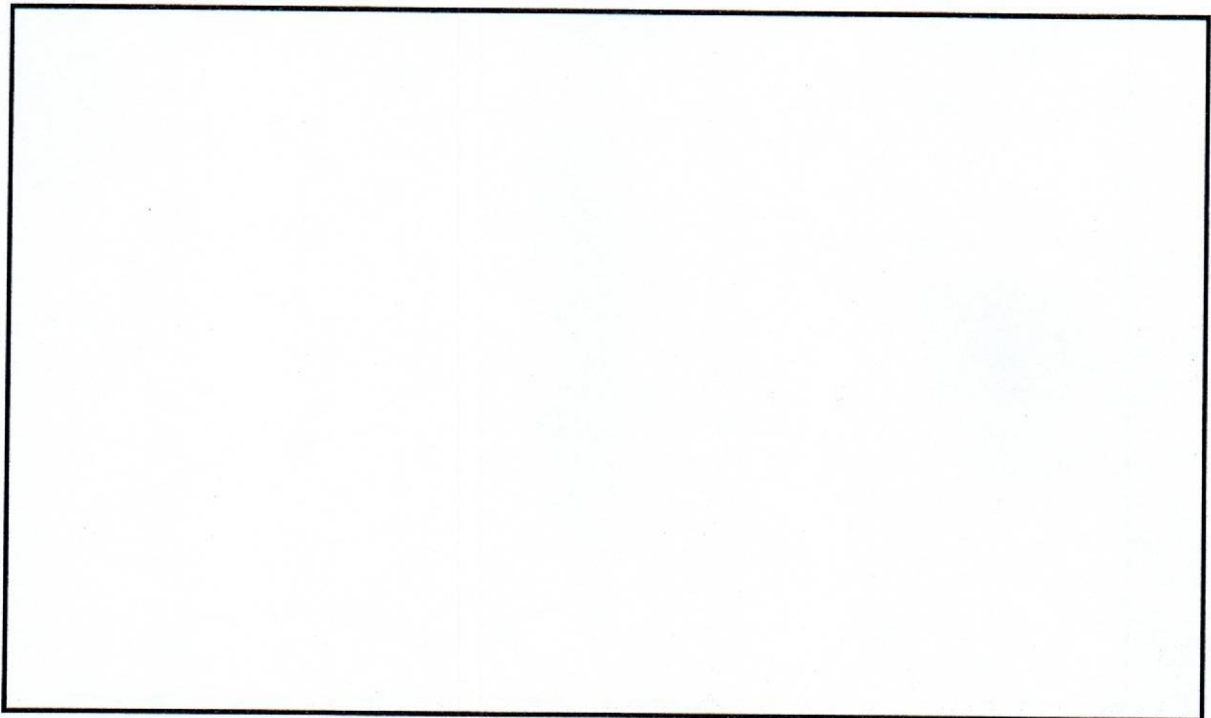
ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

.....



1.ภาพลักษณะของอาคารสถานที่ขออนุญาต



2.ด้านหน้าสถานที่ (ป้าย, เลขที่)

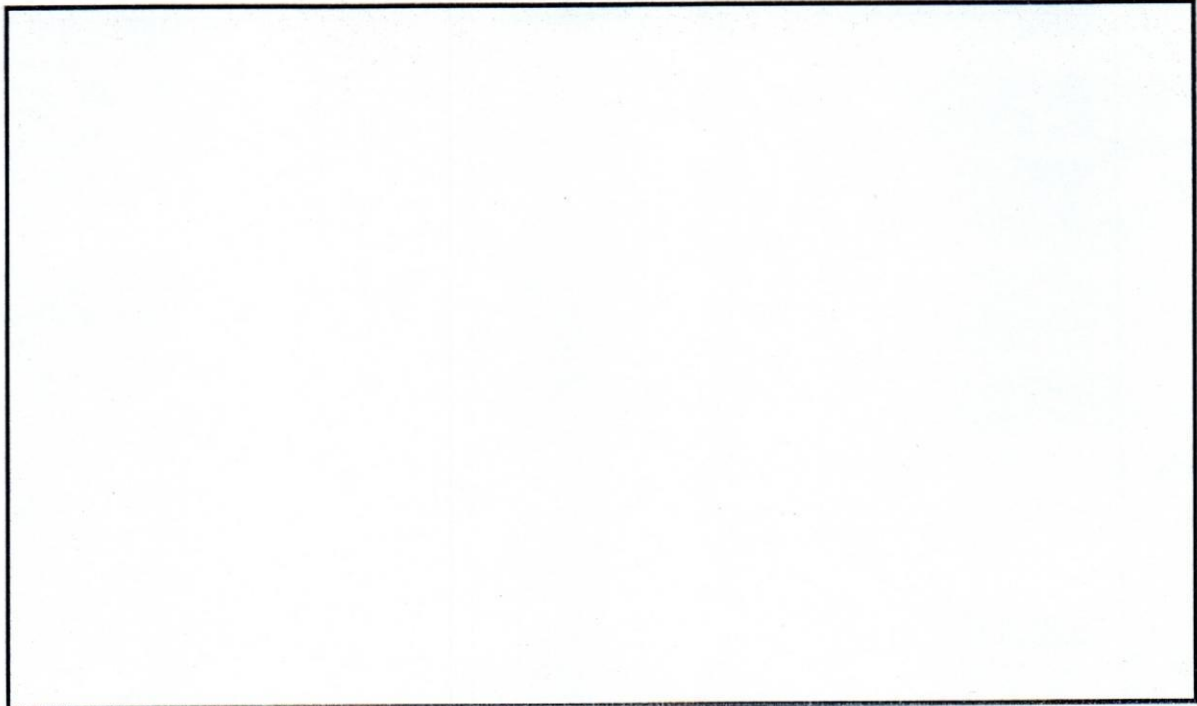
แบบภาพถ่ายสถานที่ขายยาเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์ (ภาพถ่ายประกอบ แบบ ขย.3)

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

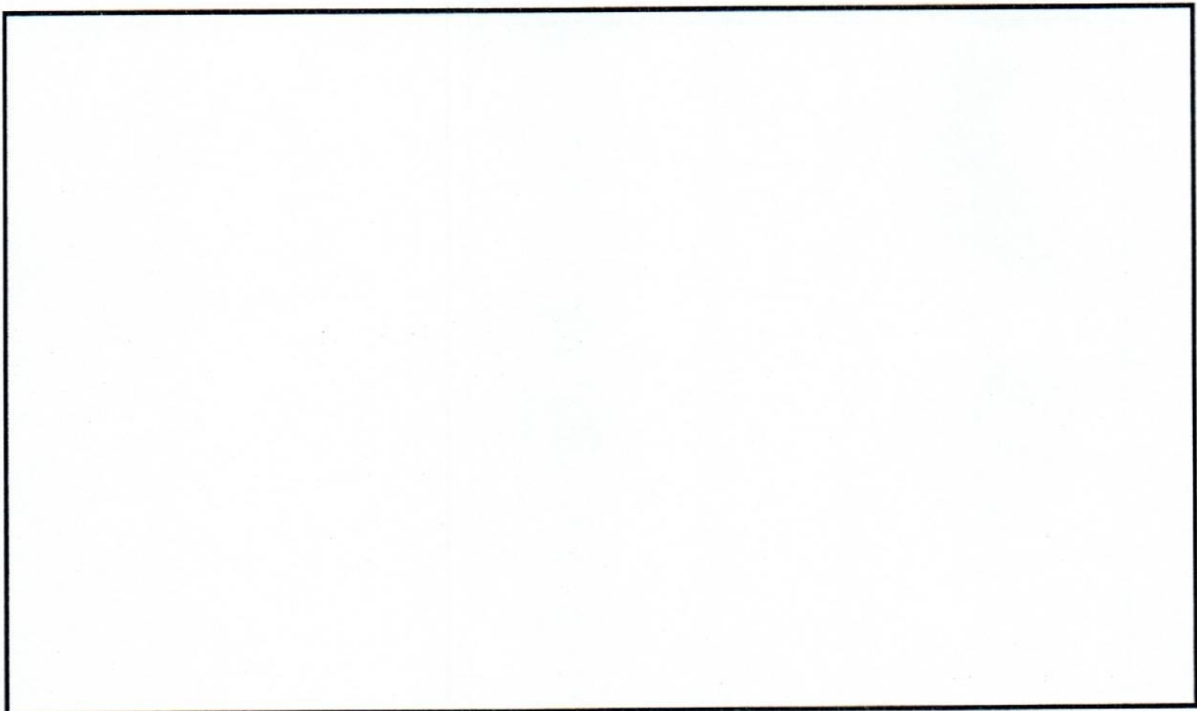
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....



3. ตู้วางยาต้านซ้ายของสถานที่ขออนุญาต (ถ่ายจากหน้าร้าน)



4. ตู้วางยาต้านขวาของสถานที่ขออนุญาต (ถ่ายจากหน้าร้าน)

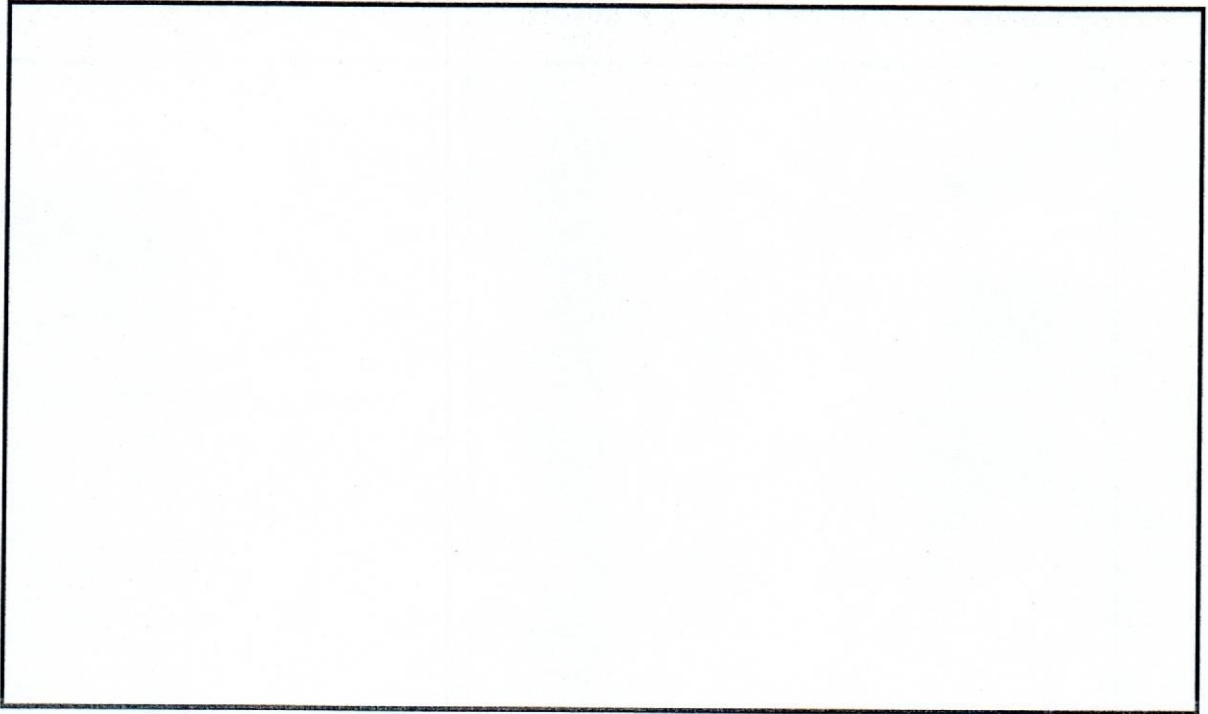
ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ลงชื่อ.....

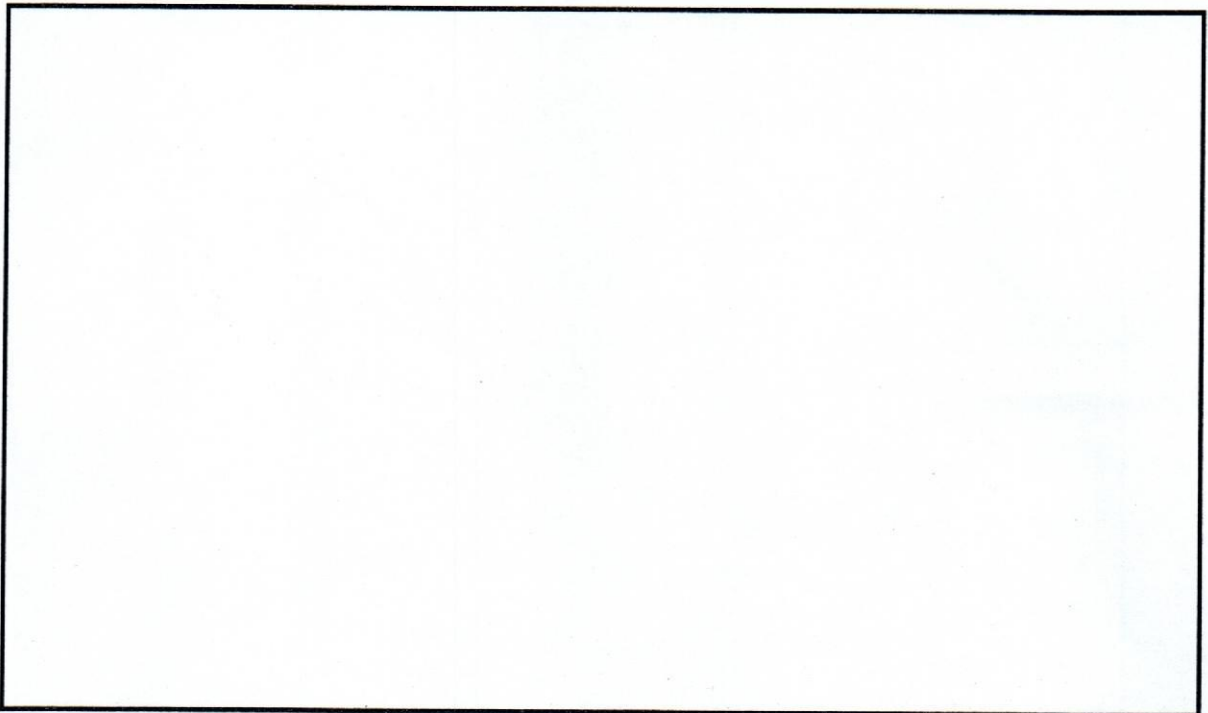
แบบภาพถ่ายสถานที่ขายยาเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์ (ภาพถ่ายประกอบ แบบ ขย.3)

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....



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



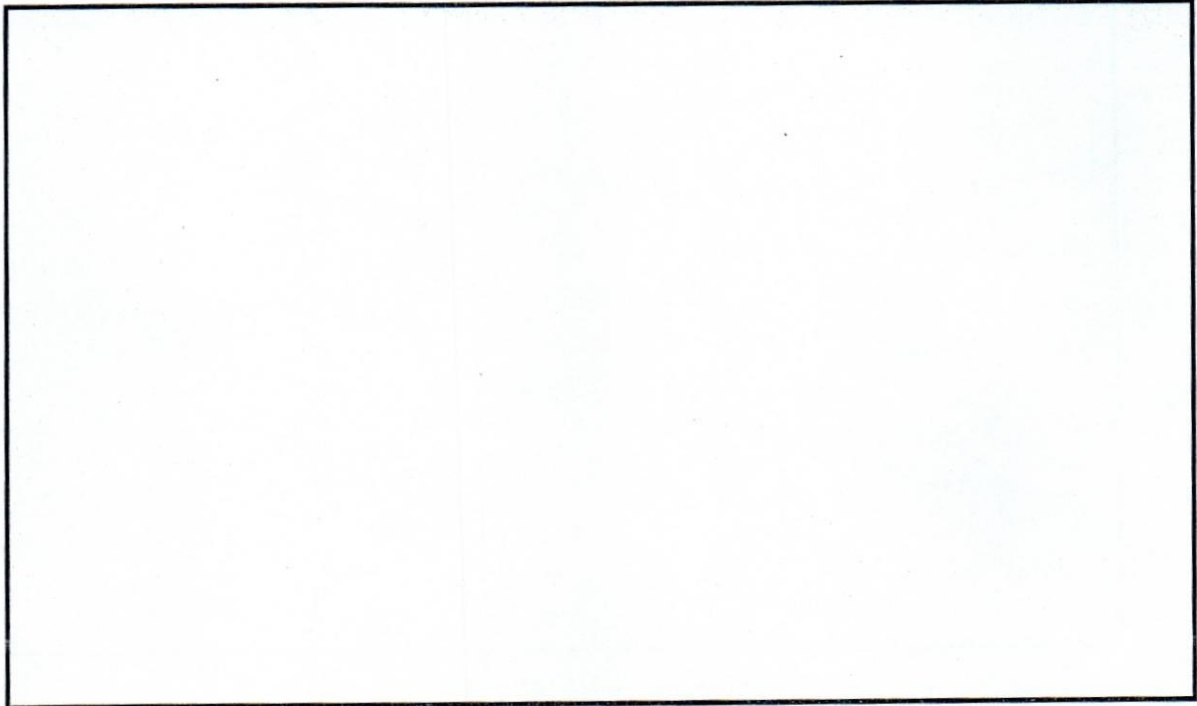
6. ป้ายแสดงสถานที่ประกอบการ และป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

แบบภาพถ่ายสถานที่ขายยาเฉพาะยาบรรจสุเร็วสำหรับสัตว์ (ภาพถ่ายประกอบ แบบ ขย.3)

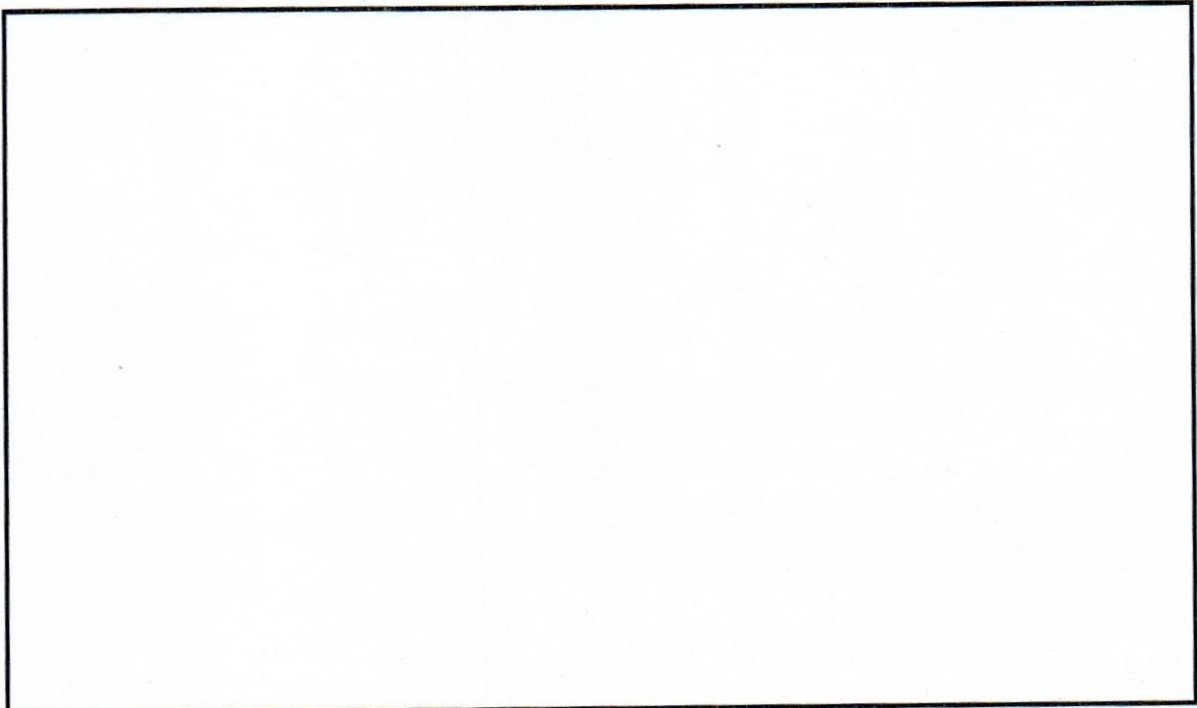
ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....



7. อุปกรณ์สำหรับดับเพลิง



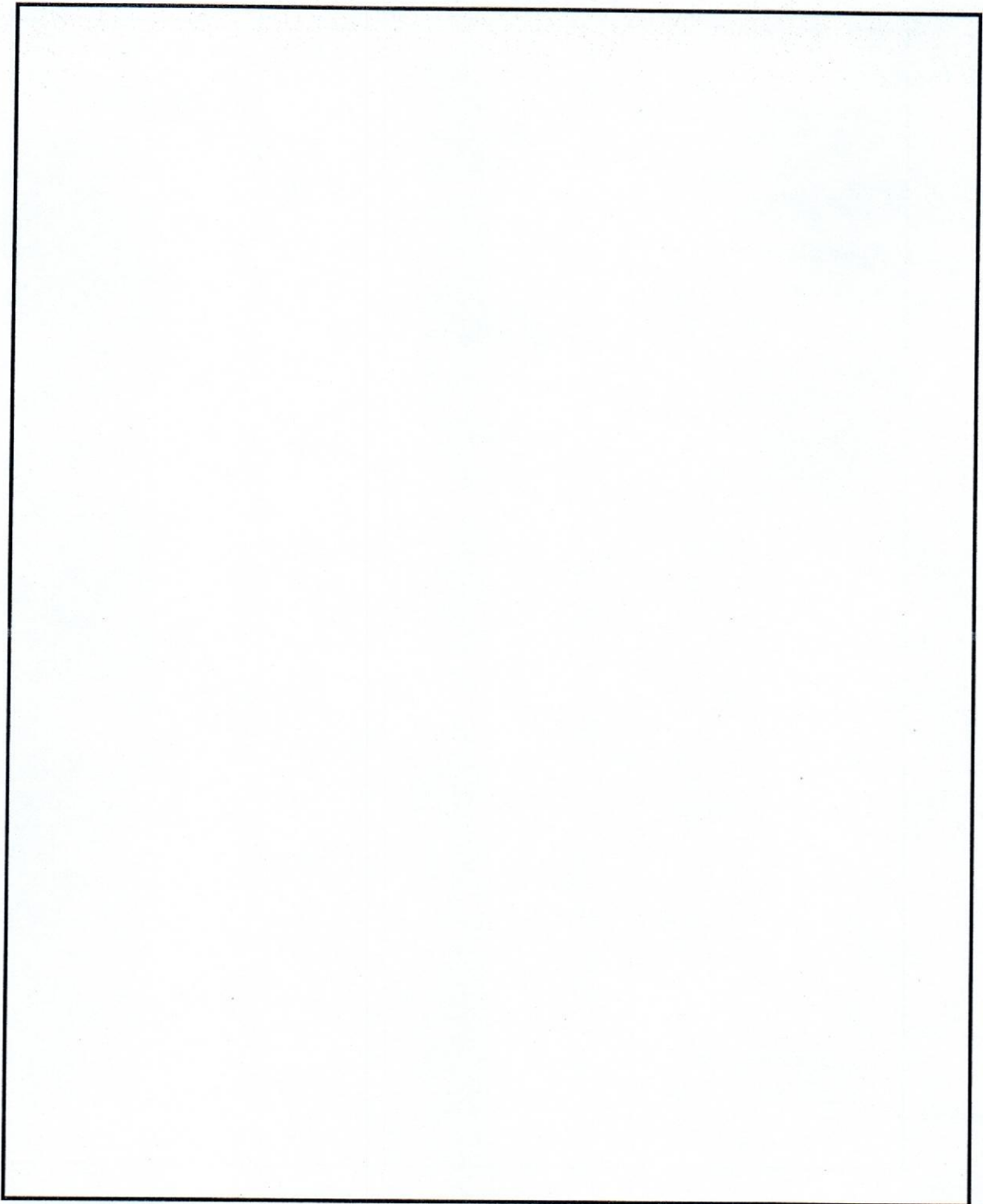
8. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

แบบภาพถ่ายสถานที่ขายยาเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์ (ภาพถ่ายประกอบ แบบ ขย.3)

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ลงชื่อ.....

แผนผังภายในของสถานที่.....



หมายเหตุ ระบุความกว้าง ลึกของร้าน

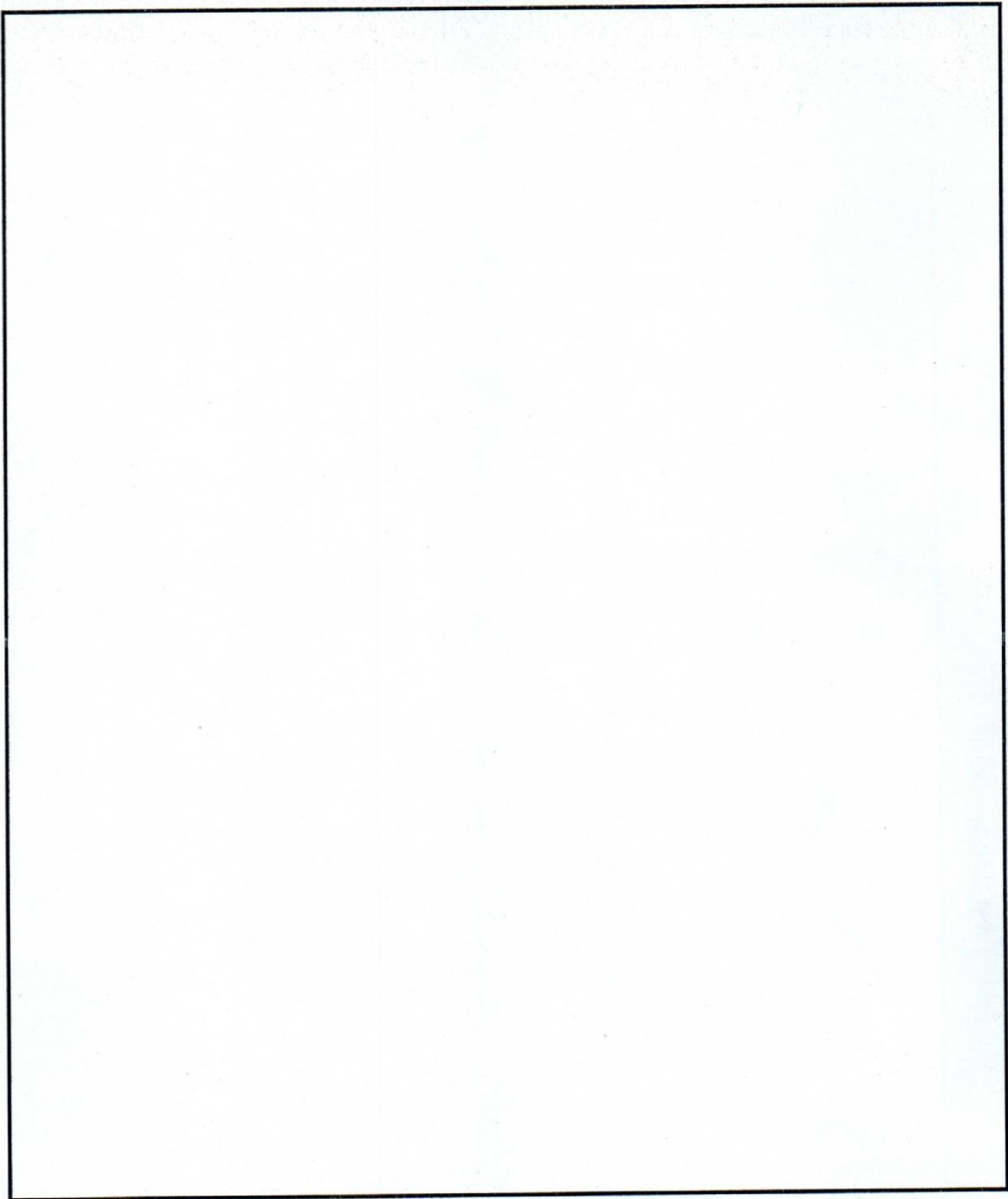
ระบุการจัดวางยา บริเวณให้คำปรึกษาแนะนำ

หากขาด ต้องลงหมึก

ขอรับรองว่าเป็นความจริง

ลงชื่อ.....

แผนที่ตั้งของสถานที่.....
.....



หมายเหตุ หากขาด ต้องลงหมึก

ขอรับรองว่าเป็นความจริง
ลงชื่อ.....