



ที่ สฎ ๐๐๓๓.๐๑๔/๕๕๕๕

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี  
ถนนการุณราชบุรี อำเภอเมืองฯ  
จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๘๔๐๐๐

๕ ตุลาคม ๒๕๖๗

เรื่อง แจ้งต่ออายุใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเพื่อใช้ในปี ๒๕๖๘

เรียน ผู้รับอนุญาตสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารหลักฐานประกอบการขอต่ออายุใบอนุญาตฯ

จำนวน ๑ ชุด

ด้วยใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันที่ทางราชการได้ออกไว้ให้ระบุวันสิ้นอายุของใบอนุญาตฯ ในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๗ นั้น ผู้รับอนุญาตที่ประสงค์จะประกอบกิจการต่อไปในปี ๒๕๖๘ ต้องยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตก่อนวันที่ใบอนุญาตสิ้นอายุ และแนบเอกสารหลักฐานประกอบรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีขอให้ท่านยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Skynet) ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ตั้งแต่วันนี้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๗ หากพ้นกำหนดผู้รับอนุญาตจะต้องเสียค่าปรับตามกฎหมาย และหากล่วงพ้นกำหนดเวลาหนึ่งเดือนนับแต่วันที่ใบอนุญาตสิ้นอายุ (หลังวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๘) จะไม่สามารถต่ออายุใบอนุญาตนั้นได้ ต้องดำเนินการขออนุญาตใหม่เท่านั้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ



(นายสำเนียง แสงสว่าง)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รักษาการแทน  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ (งานยา)

โทรศัพท์ ๐๗๗-๒๗๒๗๘๔ ต่อ ๒๒๒

ID Line : @๕๖๔bbczi

คำอธิบายการยื่นคำต่ออายุใบอนุญาตขยายแผนปัจจุบัน เพื่อใช้ในปี 2568

<p>ขั้นตอนที่ 1</p>	<p>การกำหนด Username และ Password เพื่อเข้าใช้งานด้วยระบบรัฐบาลดิจิทัล กรณีเข้าใช้งานครั้งแรกเพื่อสร้างบัญชีผู้ใช้งาน (Open ID)</p>			
	<p>สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) สพร. Website : <a href="https://accounts.egov.go.th/Citizen">https://accounts.egov.go.th/Citizen</a> หากมีปัญหาโปรดติดต่อ 02-6126060 โดยแจ้งว่ามีปัญหาในการขอ Digital ID</p>			
<p>ขั้นตอนที่ 2</p>	<p>การเปิดสิทธิเข้าใช้งานระบบ SKYNET ของ อย.</p>			
 <p>QR Code เข้าใช้งาน ระบบ SKYNET</p>	<p><b>บุคคลธรรมดา</b></p> <p>ผู้รับอนุญาต ตามชื่อที่ระบุใน ใบอนุญาตสามารถใช้ Open ID ที่ สมัครไว้ในขั้นตอนที่ 1 เพื่อเข้าใช้ งานระบบ SKYNET ของ อย.ได้ ไม่ต้องยื่นขอเปิดสิทธิ</p>	<p><b>นิติบุคคล / บุคคลธรรมดาตามอบอำนาจ</b></p> <p>ผู้รับมอบอำนาจ ยื่นหนังสือแต่งตั้งผู้มี สิทธิเข้าใช้งานระบบในนามของผู้แทน ผู้รับอนุญาต โดยยื่น ทาง ID Line : @564bbcjz หลังจาก สสจ. ทำการเปิดสิทธิให้ ผู้รับ มอบอำนาจจะมีสิทธิเข้าใช้งานระบบได้ โดย Log In เข้าระบบ SKYNET ของ อย. ด้วย Open ID ที่สมัครไว้ในขั้นตอน ที่ 1</p>		
<p>ขั้นตอนที่ 3</p>	<p>เข้าใช้งานระบบ SKYNET ของ อย. เพื่อดำเนินการต่ออายุ พร้อมแนบไฟล์เอกสารในระบบ</p> <table border="1" data-bbox="432 1462 1461 1993"> <tr> <td data-bbox="432 1462 911 1993"> <p>ศึกษาจาก คู่มือการต่ออายุ</p>  </td> <td data-bbox="911 1462 1461 1993"> <p>ศึกษาจาก วิกิทัศน์การต่ออายุ</p>  </td> </tr> </table>		<p>ศึกษาจาก คู่มือการต่ออายุ</p> 	<p>ศึกษาจาก วิกิทัศน์การต่ออายุ</p> 
<p>ศึกษาจาก คู่มือการต่ออายุ</p> 	<p>ศึกษาจาก วิกิทัศน์การต่ออายุ</p> 			

ขั้นตอนที่ 4	จัดเตรียมรายการเอกสารเป็นไฟล์ PDF
	<p>รายการเอกสารที่ต้องแนบเป็นไฟล์ PDF ในระบบการต่ออายุ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ใบรับรองแพทย์ระบุ 5 โรค (โรคเรื้อน/วัณโรคระยะอันตราย/โรคเท้าช้างใน ระยะอันตรายปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม/โรคติดยาเสพติดให้โทษ อย่างร้ายแรง/โรคพิษสุราเรื้อรัง) ออกไม่เกิน 3 เดือน ของผู้รับอนุญาต / ผู้ดำเนินการ และผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกคน (ถ้ามีหลายคน)</li> <li>คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ทุกคน ที่ปรากฏในใบอนุญาต (แบบ ข.ย. 14) จำนวน 3 หน้า รวมเป็น 1 ไฟล์</li> <li>แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานที่ขายยา ระบุ ละติจูด และลองจิจูด</li> <li>รูปถ่ายด้านหน้าของสถานที่ขายยา (เห็นป้ายชื่อสถานที่) ว่าเป็นภาพ ณ สถานที่จริงในปัจจุบัน พร้อมลงนามรับรองโดยผู้รับอนุญาต / ผู้ดำเนินการ</li> <li>เอกสารรับรองการตรวจประเมิน GPP หรือหนังสือรับรองร้านยาคุณภาพ วัน ร้านยาต่อไปนี้ เนื่องจากตรวจ GPP แล้ว เมื่อปีที่แล้ว ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้านยา ข.ย. 1 ที่ได้รับอนุญาตในปี 2566</li> <li>- ร้านยา ข.ย. 2 และ ข.ย. 3 ทุกแห่ง</li> </ul> </li> </ol> <p>กรณี ร้านยาที่ต้องตรวจ GPP แต่ยังไม่มีการเข้าตรวจสามารถยื่นคำขอต่ออายุ ได้ โดยส่งผลตรวจมาให้เจ้าหน้าที่ สสจ. ทราบภายหลังทาง ID Line : @564bbcjz</p>
ขั้นตอนที่ 5	ยื่นเอกสารในระบบ SKYNET ของ อย.
	<p>ผู้ประกอบการยื่นคำขอต่ออายุ แบบรูปของผู้รับอนุญาต หรือผู้ดำเนินการ และเอกสารรูปแบบไฟล์ ในระบบ SKYNET พร้อมกับชำระเงินให้เรียบร้อย เมื่อตรวจสอบสถานะในระบบปรากฏ “ยื่นคำขอแล้วประกอบกิจการได้ตาม มาตรา 17 ” คำขอจะส่งมาให้เจ้าหน้าที่ สสจ. เพื่อดำเนินการต่อ</p> <p>ทั้งนี้ หากท่านยื่นเอกสารในระบบเรียบร้อยแล้วกรุณาแจ้งทาง ID Line : @564bbcjz</p> <p>โดยแจ้งชื่อ 1.ชื่อ-สกุลผู้รับอนุญาต 2.หมายเลขบัตรประชาชน/หนังสือรับรอง นิติบุคคล 3.ชื่อร้านยาตามใบอนุญาต 4. เลขที่ใบอนุญาต 5. หมายเลขโทรศัพท์</p>

ขั้นตอนที่ 6	ส่งเอกสารให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
	<p><b>** <u>แนะนำให้ส่งแบบ EMS ของไปรษณีย์ไทย เพื่อป้องกันการสูญหาย</u> **</b></p> <p>1. ใบอนุญาตฉบับจริง</p> <p>2. เฉพาะกรณีช่องต่ออายุใบอนุญาตเดิม ให้นำรูปถ่ายของผู้รับอนุญาต / ผู้ดำเนินกิจการ (ขนาด 3 x 4 ซม. หน้าตรง ไม่ยิ้ม ไม่สวมแว่นตาและหมวก แต่งกายสุภาพ พื้นหลังสีเรียบ ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน) จำนวน 2 รูป</p> <p>3. หากท่านต้องการให้ส่งใบอนุญาตกลับขอให้ท่านแนบซองเปล่าขนาด A4 จำนวนหนึ่งซองถึงตัวท่านเองพร้อมติดแสตมป์ 65 บาท</p>

กรณีเปลี่ยนผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ หรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาต หรือย้ายร้าน ให้ยื่นคำขอและเอกสารต่างๆ ในระบบ SKYNET เช่นเดียวกัน โดยเลือกคำขอให้ครบถ้วน

<p>ค่าธรรมเนียม ตามประกาศใช้กฎกระทรวงกำหนดค่าธรรมเนียมเกี่ยวกับยา พ.ศ. 2566</p> <p>อัตราค่าธรรมเนียมการต่ออายุ</p>	
- ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1)	1,000 บาท
- ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (ข.ย.2)	500 บาท
- ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์ (ข.ย.3)	500 บาท
- คำขอต่ออายุใบอนุญาตด้านยา ประเภทละ	500 บาท
- ค่าตรวจประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (GPP) ร้านยาทุกแห่ง ยกเว้น ร้านยา ข.ย.1 ที่รับอนุญาตปี 2566 และ ข.ย. 2 และ ข.ย. 3	3,000 บาท

**การตรวจประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (GPP) ในปีนี้**

1. ร้านยาทุกแห่ง ยกเว้น ร้านยา ข.ย. 1 ที่ได้รับอนุญาตในปี 2566 และ ร้านยา ข.ย. 2 และ ข.ย. 3 ที่ต้องชำระค่าตรวจ GPP จำนวน 3,000 บาท เมื่อยื่นต่ออายุ
  2. เจ้าหน้าที่จะลงตรวจร้านยา และให้แบบสรุปผลการตรวจ GPP แก่ผู้รับอนุญาตเพื่อยื่นในระบบ SKYNET
- ทั้งนี้ พนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 สามารถเข้าตรวจเฝ้าระวังร้านขายยาประจำปีได้ นอกเหนือจากการตรวจ GPP

## 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  
(เฉพาะสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ)

ไปประกอบวิชาชีพ / 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

(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/ผู้บัญชาการ

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

เฉพาะกรณีที่เภสัชกรไม่ได้รับราชการ หรือ ทำงานประจำ (ให้กรอกข้อความ อ่านและลงนามข้างล่างนี้)

ข้าพเจ้า ..... ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่ได้รับราชการหรือทำงานประจำที่ได้  
ทั้งนี้ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

ลงชื่อ .....

(.....)

เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

แผนที่ตั้งของสถานที่.....

พื้นที่ระบบ ละติจูด

ลองจิจูด

แสดงให้เห็นชัดเจนถึงตำแหน่งที่ตั้งของสถานที่ฯ

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

หมายเหตุ หากวาด ต้องลงหมึก

ขอรับรองว่าเป็นความจริง

ลงชื่อ.....



# หนังสือแจ้งความประสงค์ กรณีผู้ดำเนินการขอใช้งานระบบด้วยตนเอง

เขียนที่.....

วันที่ .....

เรื่อง ขอเข้าใช้ระบบสารสนเทศของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในส่วนของระบบงานด้านยา

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี (ผู้อำนวยการกองยา)

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. สำเนาใบอนุญาต (กรณีรายใหม่ ไม่ต้อง)
  ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ใช้งาน
  ๓. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ใช้งาน
  ๔. สำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล ไม่เกิน ๖ เดือน (กรณีเป็นนิติบุคคล)

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

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

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

หมายเลขโทรศัพท์ .....

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

ประทับตราบริษัท(ถ้ามี)

ลงชื่อ..... ผู้ขอใช้ระบบ

( )

ตำแหน่ง.....

## หนังสือแจ้งความประสงค์ กรณีผู้รับมอบอำนาจขอใช้งานระบบ

เขียนที่.....

วันที่ .....

เรื่อง ขอเข้าใช้ระบบสารสนเทศของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในส่วนของระบบงานด้านยา

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี (ผู้อำนวยการกองยา)

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. สำเนาใบอนุญาต (กรณีรายใหม่ ไม่ต้อง)
  ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ
  ๓. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ใช้งานหรือผู้รับมอบอำนาจ
  ๔. หนังสือมอบอำนาจซึ่งปิดอากรแสตมป์ ๓๐ บาท
  ๕. สำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล ไม่เกิน ๖ เดือน (กรณีเป็นนิติบุคคล)

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

ในฐานะผู้ดำเนินกิจการตามใบอนุญาต เลขที่.....ชื่อผู้รับอนุญาต.....  
เลขทะเบียนนิติบุคคล.....ที่อยู่ตามใบอนุญาต.....

หมายเลขโทรศัพท์ .....

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

ประทับตราบริษัท(ถ้ามี)

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจที่ขอใช้ระบบ

( )

ตำแหน่ง.....