

เลขรับที่ .....

วันที่ .....

(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

ที่ปีครูป่วยของ  
ผู้ขอรับใบอนุญาต  
หรือผู้ดำเนินการ  
ขนาด ๑ นิ้ว

**คำขอรับใบอนุญาต คำขอต่ออายุใบอนุญาต คำขอรับใบแทน  
ใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒**

- ขอรับใบอนุญาต (กรณีรายใหม่)
- ขอต่ออายุใบอนุญาตเลขที่ ..... ประจำปี พ.ศ. ....
- ขอรับใบแทนใบอนุญาต เนื่องจากใบอนุญาต  สูญหาย  ถูกทำลายหรือลบเลือนในสาระสำคัญ

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

**๑. วัตถุประสงค์หรือเหตุผลและความจำเป็นในการขอรับใบอนุญาต**

(คำขอ ๑ ฉบับ ให้ยื่นขอได้เพียงหนึ่งวัตถุประสงค์เท่านั้น)

- เพื่อการรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์  
ชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่ขอรับอนุญาต.....
- เพื่อการวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์  
โปรดระบุรายละเอียด.....  
ชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่ขอรับอนุญาต.....
- เพื่อประโยชน์ของทางราชการ  
โปรดระบุรายละเอียด.....  
ชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่ขอรับอนุญาต.....

**๒. ข้อมูลผู้ขอรับใบอนุญาต**

ข้าพเจ้า (ชื่อบุคคล/นิติบุคคล) .....

(กรณีเป็นสถานพยาบาลเอกชน : ให้ระบุชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์ และหากเป็นสถานพยาบาลของนิติบุคคลให้ระบุชื่อความเพิ่มว่า เพื่อการดำเนินการของนิติบุคคลนั้น ดังนี้ "นาย ก. เพื่อการดำเนินการของบริษัท โรงพยาบาล .....จำกัด")

เลขประจำตัวประชาชน .....

หรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้ คือ.....เลขที่.....(กรณีไม่ใช่ผู้มีสัญชาติไทย)

หรือทะเบียนนิติบุคคล / บัตรประจำตัวผู้เสียภาษี เลขที่ .....

อยู่เลขที่ .....เลขรหัสประจำบ้าน.....

หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....

โทรสาร..... E-mail .....

**๓. ข้อมูลผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการหรือดำเนินกิจการเกี่ยวกับใบอนุญาต**

ชื่อ .....

เลขประจำตัวประชาชน.....

หรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้ คือ.....เลขที่.....(กรณีไม่ใช่ผู้มีสัญชาติไทย)

อยู่เลขที่ ..... เลขรหัสประจำบ้าน.....  
หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน .....  
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....  
จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....  
โทรสาร..... E-mail .....

**๔. ข้อมูลสถานที่จำหน่าย**

ณ สถานที่ชื่อ..... เลขรหัสประจำบ้าน.....  
ตั้งอยู่เลขที่ .....  
หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน .....  
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....  
จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....  
โทรสาร..... E-mail .....

**๕. พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหรือหลักฐานต่างๆ มาด้วย คือ**

**กรณีขอรับใบอนุญาต (กรณีรายใหม่)**

๑. รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม ของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ รูป ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน ก่อนวันยื่นคำขอ

๒. เอกสารแสดงเลขที่บ้านของสถานที่จำหน่าย

๓. เอกสารหรือหลักฐานเพิ่มเติมดังนี้

**๓.๑ เพื่อรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์**

(๑) สำหรับกระทรวง ทบวง กรม องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร สภากาชาดไทย หรือองค์การเภสัชกรรม

- เอกสารหรือหลักฐานแสดงการเป็นนิติบุคคล และหน้าที่และอำนาจตามกฎหมาย
- หนังสือมอบหมายให้บุคคลเป็นผู้ดำเนินการของหน่วยงานผู้ขอรับใบอนุญาต (เช่น สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน หรือหนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาต)

(๒) สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมหรือผู้ประกอบการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง

- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่งของผู้ขอรับใบอนุญาต
- สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. ๗) หรือสำเนาใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์ (สส. ๓)
- สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ. ๑๙) หรือสำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ (สส. ๔)
- กรณีผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ให้แนบสำเนาใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (แบบ ข.ย. ๕) แล้วแต่กรณี
- รูปถ่ายสถานประกอบการจำนวน ๒ รูป (รูปที่ ๑ แสดงลักษณะอาคาร รูปที่ ๒ แสดงป้ายและเลขที่ของสถานที่ตั้ง)
- แผนที่แสดงที่ตั้งและแผนผังแสดงที่เก็บยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ของสถานประกอบการ
- หนังสือแสดงว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการของนิติบุคคล กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่เป็นของนิติบุคคล (ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์)

**๓.๒ เพื่อการวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์**

(๑) สำหรับกระทรวง ทบวง กรม องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร สภากาชาดไทย หรือองค์การเภสัชกรรม

- เอกสารหรือหลักฐานแสดงการเป็นนิติบุคคล และหน้าที่และอำนาจตามกฎหมาย
- หนังสือมอบหมายให้บุคคลเป็นผู้ดำเนินกิจการของหน่วยงานผู้ขอรับใบอนุญาต (เช่น สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน หรือหนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาต)
- กรณีการศึกษาวิจัยให้แนบโครงการศึกษาวิจัยซึ่งระบุชื่อ จำนวนหรือปริมาณ และรายละเอียดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ ในประเภท ๒ รวมทั้งกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองภายใต้โครงการศึกษาวิจัยดังกล่าว และในกรณีที่เป็นการศึกษาวิจัยในมนุษย์ให้แนบหลักฐานการผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในกรณีที่หน่วยงานผู้ขออนุญาตไม่มีคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม ให้แนบหลักฐานการผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมที่เลขาธิการกำหนด

**๓.๓ เพื่อประโยชน์ของทางราชการ**

(๑) สำหรับกระทรวง ทบวง กรม องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร สภากาชาดไทย หรือองค์การเภสัชกรรม

- เอกสารหรือหลักฐานแสดงการเป็นนิติบุคคล และหน้าที่และอำนาจตามกฎหมาย
- หนังสือมอบหมายให้บุคคลเป็นผู้ดำเนินกิจการของหน่วยงานผู้ขอรับใบอนุญาต (เช่น สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน หรือหนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาต)
- หนังสือแสดงรายละเอียดการนำยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ไปใช้ประโยชน์ทางราชการ ซึ่งระบุชื่อจำนวนหรือปริมาณ และรายละเอียดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ และกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการจำหน่าย
- รูปถ่ายแสดงที่เก็บยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ จำนวน ๑ รูป

**กรณีต่ออายุใบอนุญาต**

(๑) ใบอนุญาตฉบับเดิม

(๒) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม ของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาตขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ รูป ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน ก่อนวันยื่นคำขอ

(๓) สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ. ๑๙) หรือสำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ (สส.๔) หรือเอกสารหลักฐานอื่นที่แสดงถึงการยื่นคำขอรับใบอนุญาตดังกล่าวแล้ว กรณีการขอต่ออายุใบอนุญาตเพื่อการบำบัดรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์

**กรณีขอรับใบแทนอนุญาต**

(๑) ใบแจ้งความ กรณีใบอนุญาตสูญหาย

(๒) ใบอนุญาต กรณีใบอนุญาตถูกทำลายหรือลบล้างในสาระสำคัญ

(๓) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม ของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาตขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ รูป ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน ก่อนวันยื่นคำขอ

**ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความและเอกสารหรือหลักฐานทั้งหมดที่ยื่นเพื่อประกอบคำขอรับใบอนุญาตเป็นความจริงทุกประการ**

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ขอรับใบอนุญาต/ผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการ

(.....)

หมายเหตุ : ๑. ให้ขีดเลือกข้อความในช่อง  ให้ตรงตามที่ประสงค์จะดำเนินการ

๒. รับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ