**แบบตรวจสอบเอกสารคำขอ : แก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต**

** กรณีเปลี่ยน เวลาทำการ / เบอร์โทรศัพท์ / E-mail / ยกเลิกหมวดยา**

** กรณีเปลี่ยนหมายเลขบ้าน /รายละเอียดของสถานที่ตั้ง**

** กรณีเปลี่ยนคำนำหน้าชื่อตัว / ชื่อสกุล ของผู้รับอนุญาต/เภสัชกร/ผู้ดำเนินกิจการ**

** กรณีเปลี่ยนชื่อร้าน / ชื่อสถานที่ขายฯ / นำสั่งฯ / ผลิต ฯ (บุคคลธรรมดา / นิติบุคคล / แปรสภาพ-ควบรวมนิติบุคคล)**

|  |
| --- |
| ชื่อ-สกุล ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ……………………………………..…………………………………….…… โทรศัพท์มือถือ.....................................................  ชื่อสถานที่…………..……………………………………………………….……...................................เลขที่ใบอนุญาต.....…………………………………………. |

**⮚ ขอให้ผู้ยื่นคำขอจัดเรียงเอกสารตามบัญชีรายการเอกสารข้างล่าง และตรวจสอบด้วยตนเองพร้อมทั้งทำเครื่องหมาย ✓ กรณีถูกต้องครบถ้วนตามข้อกำหนด หรือทำเครื่องหมาย 🗶 กรณีไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วนตามข้อกำหนด หรือเครื่องหมาย − กรณีไม่จำเป็นต้องมี**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** | **รายการตรวจสอบเอกสาร**  **บุคคลธรรมดา / นิติบุคคล** | **ผู้ยื่นคำขอตรวจสอบ** | | **เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ** | | | **บันทึกข้อบกพร่อง** |
| 1 | คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง (แบบ ข.ย. 17 / น.ย.11 / ย.บ.16) |  | |  | | |  |
| 2 | ใบอนุญาตฉบับจริง และรูปถ่ายขนาด 3\*4 ซม จำนวน 2 รูป |  | |  | | |  |
| 3 | หนังสือมอบอำนาจการกระทำแทน  กรณีผู้ขออนุญาตไม่สามารถติดต่อด้วยตนเอง (พร้อมอากรแสตมป์ 10 บาท)  พร้อมด้วยสำเนาบัตรประชาชนของ ผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจรับรองจริง |  | |  | | |  |
| **( ) กรณีเปลี่ยนเวลาทำการ , เบอร์โทรศัพท์ , ยกเลิกหมวดยา , E-mail** | | | | | | | |
| 4 | กรณีเปลี่ยนเวลาทำการ ให้เพิ่มรูป ถ่ายป้ายสีน้ำเงินของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการที่เวลาทำการตรงกัน ขนาด4\*6นิ้ว |  | |  | | |  |
| **( ) กรณีเปลี่ยนหมายเลขบ้าน,รายละเอียดของสถานที่ตั้ง** | | | | | | | |
| 4 | หลักฐานการเปลี่ยนแปลง**หมายเลขบ้าน,รายละเอียดของสถานที่ตั้ง** จากหน่วยงาน  ราชการ |  | |  | | |  |
| 5 | สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ตั้ง พร้อมรับรองจริง |  | |  | | |  |
| **( ) กรณีเปลี่ยนคำนำหน้าชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้รับอนุญาต , ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ , ผู้ดำเนินกิจการ** | | | | | | | |
| 4 | สำเนาบัตรประชาชนของชื่อตัว ชื่อสกุลของบุคคล ที่เปลี่ยนรายละเอียดแล้ว พร้อมรับรองจริง | |  | |  |  | |
| 5 | หลักฐานการเปลี่ยนแปลงชื่อตัว/ชื่อสกุล หรือสำเนาทะเบียนสมรส (กรณีสมรส)/สำเนาทะเบียนหย่า (กรณีหย่า) | |  | |  |  | |
| 6 | กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุลเภสัชกร **ให้เพิ่มรูป** ถ่ายป้ายสีน้ำเงินของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการที่ชื่อตรงกัน ขนาด4\*6นิ้ว | |  | |  |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** | **รายการตรวจสอบเอกสาร**  **บุคคลธรรมดา / นิติบุคคล** | **ผู้ยื่นคำขอตรวจสอบ** | **เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ** | **บันทึกข้อบกพร่อง** |
| **( ) กรณีเปลี่ยนชื่อร้าน ,ชื่อสถานที่ขายฯ ,นำสั่งฯ ,ผลิต ฯ (บุคคลธรรมดา , นิติบุคคล , แปรสภาพ/****ควบรวมนิติบุคคล)** | | | | |
| 4 | หนังสือรับรองบริษัทที่แก้ไขรายละเอียดจากกระทรวงพาณิชย์เรียบร้อยแล้ว  (กรณีนิติบุคคล) |  |  |  |
| 5 | รูปถ่ายป้ายชื่อร้านใหม่ (กรณีร้านขายยา) รูปถ่ายขนาด 4\*6 นิ้ว |  |  |  |

