**คํารับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ**

**แบบ ย.บ. ๑๒**

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า อายุ ปี สัญชาติ

อยู่เลขที่ ตรอก /ซอย ถนน

หมู่ที่ ตําบล / แขวง อําเภอ / เขต

จังหวัด โทรศัพท์ ขอให้คํารับรองต่อพนักงาน

เจ้าหน้าที่กองควบคุมยา สํานักงานคณะกรรมการอาหารและยา ว่า

(๑) ข้าพเจ้าเป็นผป้

ระกอบโรคศลปะแผนโบราณสาขา

ใบอนุญาตที่ ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

(๒) ข้าพเจ้า ไม่เคยเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัตการของสถานทป่

ระกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแห่งใดมากอน

เคยเป็นผู้มหน้าทป่

ฏิบัติการตามมาตรา

แห่งพระราชบญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ ของ จังหวัด มาก่อน

.......

( ชื่อสถานที่ )

แต่ได้เลิกการเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ณ สถานที่ดังกล่าวตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.

(๓) ข้าพเจ้าขอรบรองว่าขณะนี้ข้าพเจ้ามิได้เป็นผู้มหน้าทป่ เกี่ยวกับยาแห่งใด

ฏิบัติการของสถานที่ประกอบธุรกิจ

(๔) ขณะนี้ข้าพเจ้า ไม่ได้รับราชการหรือทํางานอยู่แหงใด รับราชการหรือทํางานประจําอยู่ที่ เวลาทําการ

(๕) ข้าพเจ้าจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัตการประจํา ณ สถานที่ประกอบธุรกจชื่อ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| อยู่เลขที่ | ตรอก /ซอย |  | ถนน |
| หมู่ที่ | ตําบล / แขวง |  | อําเภอ / เขต |
| จังหวัด |  | โทรศัพท์ |  |

ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคํารับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเทจ็ เจ้าพนักงาน

คํารับรองนี้ทําต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

ข้าพเจ้าอาจถูกดําเนินคดีฐานแจงความเทจต่อ

(ลายมือชื่อ) ผู้ให้คํารับรอง

(ลายมือชื่อ) พนักงานเจ้าหน้าที่

**หมายเหตุ** :- ใส่เครื่องหมาย  ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ