

คำแนะนำการขออนุญาตสถานที่ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา

ข้อกฎหมายที่ควรคำนึงเกี่ยวกับการตั้งชื่อร้าน

พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรมพ.ศ. 2537

มาตรา 29 ห้ามมิให้ผู้ใดใช้คำหรือข้อความด้วยอักษรไทยหรืออักษรต่างประเทศว่า เภสัชกร เภสัชกรหญิง แพทย์ปรุงยา นักปรุงยา หรือใช้อักษรย่อของคำดังกล่าว หรือใช้คำแสดงวุฒิการศึกษาทางเภสัชศาสตร์ หรือใช้อักษรย่อของวุฒิดังกล่าว ประกอบกับชื่อหรือชื่อสกุลของตน หรือใช้คำหรือข้อความอื่นใดที่มีความหมายเช่นเดียวกัน หรือแสดงด้วยวิธีใด ๆ ซึ่งทำให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ทั้งนี้รวมถึงการใช้ จ้าง วาน หรือยินยอมให้ผู้อื่นกระทำการดังกล่าวให้แก่ตน เว้นแต่ผู้ได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรในวิชาเภสัชศาสตร์

มาตรา 30 ห้ามมิให้ผู้ใดใช้คำหรือข้อความที่แสดงให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตนเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมสาขาต่างๆ ทั้งนี้ รวมถึงการใช้ จ้าง วาน หรือยินยอมให้ผู้อื่นกระทำการดังกล่าวให้แก่ตน เว้นแต่ผู้ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรว่าผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมสาขานั้น ๆ จากสภาเภสัชกรรมหรือที่สภาเภสัชกรรมรับรองหรือผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมผู้มีคุณสมบัติตามที่กำหนดในข้อบังคับสภาเภสัชกรรม

มาตรา 51 ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 29 หรือมาตรา 30 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ข้อกฎหมายการห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในร้านขายยา

พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

มาตรา 27 ห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่หรือบริเวณดังต่อไปนี้

(2) สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลและร้านขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยา

มาตรา 39 ผู้ใดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยฝ่าฝืนมาตรา 27 หรือมาตรา 28 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

“เอกสารที่ต้องยื่นพร้อมคำขออนุญาตเปิดร้านขายยา”

ส่วนคำขอ/สถานที่และเอกสารประกอบ อย่างละ 1 ชุด	ส่วนของผู้ขออนุญาต อย่างละ 1 ชุด	ส่วนของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ อย่างละ 1 ชุด
1. คำขออนุญาตขายยา 2. สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (แบบที่กำหนด) ใช้ 3 ชุด 3. สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ประกอบการ 4. แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานที่ขายยา 5. แผนผังภายในสถานที่ขายยาแสดงการจัดวางตู้ยา 6. สัญญาเช่าร้านหรือหนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่ 7. หนังสือรับรองว่ามีหลักทรัพย์เพียงพอดำเนินกิจการ	1. คำรับรองผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน 2. ใบรับรองแพทย์ ของผู้ขออนุญาต 3. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต 4. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ขออนุญาต 5. หนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ 30 บาท (กรณีนิติบุคคล) 6. รูปถ่าย ขนาด 3 x 4 ซม. จำนวน 3 รูป	1. คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ 2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ 3. สำเนาบัตรประชาชนของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ 4. สำเนาใบประกอบโรคศิลปะ

เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณาคำขอ ให้ผู้ขออนุญาตจัดเรียงเอกสาร ตามลำดับหมายเลขข้างต้น

เอกสารที่ถ่ายสำเนา ต้องลงนามรับรองสำเนาไว้ทุกฉบับ

“ขั้นตอนการขออนุญาตขายยา”

ผู้ขออนุญาตต้องมาติดต่อยื่นเรื่องด้วยตนเอง พร้อมด้วยผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเอกสารคำขอ และแจ้งวันเวลาเพื่อนัดตรวจสอบสถานที่

ผู้ขออนุญาตต้องจัดเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ที่ใช้ในร้านขายยา และบุคลากรให้พร้อม ดังต่อไปนี้

- สถานที่ตั้งและจัดสถานที่ภายในร้านตรงกับที่ได้ขออนุญาตไว้ (แบบแปลนที่ยื่น)
- สถานที่ขออนุญาตต้องก่อสร้างด้วยวัสดุแข็งแรง มั่นคง เคลื่อนย้ายไม่ได้ ระบบถ่ายเท แสงสว่างเพียงพอ ไม่เลี้ยงสัตว์ และสะอาด
- มีพื้นที่ไม่น้อยกว่า 8 ตร.ม. แบ่งพื้นที่ให้เป็นสัดส่วน (ไม่อนุญาตให้บริเวณจำหน่ายอยู่รวมกับบ้านพักอาศัย)
- มีตู้ และชั้นวางยาจำนวนเพียงพอพร้อมทั้งมีป้ายแสดงประเภทกลุ่มยาตามหลักวิชาการ ควบคุมอุณหภูมิไม่เกิน 30°C แต่ไม่ส่องถึงผลิตภัณฑ์
- มีม่านปิดส่วนให้บริการโดยเภสัชกร มีข้อความแจ้งให้ทราบว่าเภสัชกรไม่อยู่และมองเห็นได้ชัดจากภายนอก
- มีโต๊ะให้คำปรึกษาเป็นสัดส่วน พร้อมป้ายแสดงชัดเจน
- มีป้ายแสดงสัญลักษณ์ที่กำหนดอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และติดบริเวณที่ผู้รับบริการเห็นได้ชัดเจน สามารถมองเห็นจากภายนอกอาคาร

	ขย.1	ขย.3	ขย.บ.
ป้ายสถานที่ขายยาด้วยตัวถาวร ขนาดไม่น้อยกว่า 20 x 70 ซม. ตัวอักษรสีขาวขนาดไม่น้อยกว่า 3 ซม. โดยมีข้อความบรรทัดเดียวดังนี้	สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน (พื้นป้ายสีน้ำเงิน)	สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน บรรจุเสร็จสำหรับสัตว์ (พื้นป้ายสีแดง)	สถานที่ขายยาแผนโบราณ (พื้นป้ายสีเขียว)
ป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการด้วยตัวถาวร ขนาดไม่น้อยกว่า 20 x 70 ซม. ตัวอักษรสีขาวขนาดไม่น้อยกว่า 3 ซม. โดยมีข้อความดังนี้	 นางสาวกิตติยา วงษ์ครุฑ ภ.บ. เวลาปฏิบัติการ 07.00-21.00น. ภ.28397		
รูปถ่ายของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเป็นรูปสีหน้าเต็ม ไม่สวมหมวก ไม่ใส่แว่นตาดำ ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 5 ปี รูปถ่ายขนาดไม่ต่ำกว่า 8 x15 ซม. อักษรแสดงเลขที่ประกอบใบวิชาชีพ ขนาดอักษรสูง 3 ซม.			

- มีอุปกรณ์ที่ใช้ในร้านขายยา และการรักษาคุณภาพยา (ตู้เย็น ถาดนับเม็ดยา 2 ถาด อุปกรณ์ทำความสะอาดลดการปนเปื้อน เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ เครื่องชั่งน้ำหนัก อุปกรณ์วัดส่วนสูง อุปกรณ์สำหรับดับเพลิง ชั้นวางยา หรือ pallet ที่พร้อมใช้งานและมีมาตรฐาน)
- ซองบรรจุยาทุกชนิด และฉลากยาที่มีการระบุชื่อร้าน ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์
- เภสัชกรสวมเสื้อกาวน์สีขาวติดเครื่องหมายสัญลักษณ์ของสภาเภสัชกรรม
- จัดเตรียมแบบบัญชีต่างๆตามที่กฎกระทรวงกำหนด
- ห้ามจำหน่ายยาสูบ และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

เมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบสถานที่แล้ว หลังจากแก้ไขปรับปรุงแล้วต้องดำเนินการถ่ายรูปสถานที่ส่งมาให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เพื่อใช้ประกอบการเสนอเรื่องผ่าน คณะกรรมการพิจารณาอนุญาตระดับจังหวัด โดยจะต้องถ่ายรูปดังนี้

- รูปถ่ายด้านหน้า (ให้เห็นป้ายชื่อสถานที่ และเลขที่ของสถานที่)
- รูปถ่ายด้านหน้าห้องเก็บยา
- รูปถ่ายบริเวณโต๊ะทำงานผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
- รูปถ่ายป้ายแสดงสถานที่ประกอบการ และป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
- รูปถ่ายม่านปิดส่วนให้บริการโดยเภสัชกร
- รูปถ่ายแสดงป้ายข้อความแจ้งให้ทราบว่าเภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติการ
- รูปถ่ายแบบบัญชีต่างๆตามที่กฎกระทรวงกำหนด
- รูปถ่ายของบรรจุยาทุกชนิด และฉลากยาที่มีการระบุชื่อร้าน ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์
- อุปกรณ์ที่ใช้ในร้านขายยา และการรักษาคุณภาพยา (ตู้เย็น ถาดนับเม็ดยา 2 ถาด อุปกรณ์ทำความสะอาดลดการปนเปื้อน เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ เครื่องชั่งน้ำหนัก อุปกรณ์วัดส่วนสูง อุปกรณ์สำหรับดับเพลิง ชั้นวางยา หรือ pallet ที่พร้อมใช้งานและมีมาตรฐาน)

คณะกรรมการระดับจังหวัดพิจารณาอนุญาต

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา แจ้งให้ผู้ยื่นขออนุญาตมารับใบอนุญาต พร้อมชำระค่าธรรมเนียมในวันที่มารับใบอนุญาต

แบบตรวจเอกสาร
การขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

เลขรับที่.....
วันที่.....
ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ

ชื่อผู้ขออนุญาต.....ชื่อร้าน.....
ตั้งอยู่เลขที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดนครราชสีมา
ชื่อผู้ตรวจเอกสาร.....ครั้งที่.....วันที่.....เวลา.....น.

ที่	รายการเอกสาร	ผลการตรวจสอบ		หมายเหตุ (รายละเอียดการแก้ไข)
		ถูกต้อง	แก้ไข	
	เอกสารคำขอ/สถานที่/และเอกสารประกอบ			
1	คำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (แบบ ขย.1)			
2	สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (ตามแบบฟอร์มที่กำหนด)			
3	สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ประกอบการ			
4	แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานที่ขายยา			
5	แผนผังภายในสถานที่ขายยาแสดงการจัดวางตู้ยา			
6	สัญญาเช่าร้านหรือหนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่			
7	เอกสารรับรองว่ามีหลักทรัพย์เพียงพอในการดำเนินการ (สมุดเงินฝาก)			
	เอกสารของผู้ขออนุญาต			
8	คำรับรองผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน			
9	ใบรับรองแพทย์ ของผู้ขออนุญาต (ไม่เกิน 1 เดือน)			
10	สำเนาบัตรประชาชน และ สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ขออนุญาต			
11	หนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ 30 บาท			
12	เอกสารประกอบของนิติบุคคลผู้มอบอำนาจ (กรณีเป็นนิติบุคคล)			
13	รูปถ่าย ขนาด 3x4 ซม. (ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน) จำนวน 3 รูป			
14	คำรับรองของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเกี่ยวกับการจัดให้มีเภสัชกรมาอยู่ปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาที่เปิดทำการ			
	เอกสารของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (เภสัชกร)			
15	คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (แบบ ขย.14)			
16	คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงานเพื่อเป็นหลักฐานประกอบคำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในการเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในร้านขายยาตามกฎหมายการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (แบบ ขย.14 หน้า 3)			
17	สำเนาบัตรประชาชน และ สำเนาทะเบียนบ้าน ของเภสัชกร			
18	สำเนาใบประกอบวิชาชีพของเภสัชกร หรือหนังสือรับรองสภาเภสัชกรรม			
19	ใบแจ้งเลิกการเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ณ สถานที่เดิม (ถ้ามี)			
20	ภาพถ่ายสถานที่ประกอบการอนุญาต (ตามแบบฟอร์มที่กำหนด)			

หมายเหตุ : ลงนามรับรองสำเนาถูกต้องเอกสารทุกฉบับที่เป็นสำเนา

ที่ปิดรูปถ่าย
ผู้รับอนุญาต
ขนาด ๓ x ๔ ซม.

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำขอ

คำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

(ชื่อผู้ขออนุญาต)

มีผู้ดำเนินการ ชื่อ..... (เฉพาะกรณีนิติบุคคล)

เลขที่บัตรประชาชน อายุ.....ปี สัญชาติ.....

อยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

e-mail

ขอรับใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันโดยมีสถานที่ขายยาชื่อ.....

อยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

พิกัด GPS ละติจูด.....ลองจิจูด.....

ลักษณะการประกอบการ ^(๑)

- ☐ ขายปลีก
☐ ขายส่ง
☐ ประยาสสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย (เฉพาะขายปลีกเท่านั้น)

^(๑) ให้ตอบมากกว่า ๑ ข้อ ในกรณีที่มีลักษณะการประกอบการมากกว่าหนึ่งลักษณะโดยการตอบจะมีผลต่อการประเมินความพร้อมของสถานที่อุปกรณ์ และการดำเนินการตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน เพื่อประกอบการอนุญาต

โดยมีเอกสารชั้นชื่อ.....

เลขที่บัตรประชาชน

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเอกสารเลขที่ออกให้วันที่.....

(ถ้ามีมากกว่าหนึ่งคนให้แจ้งเพิ่มเติมท้ายคำขอนี้จนครบ)

เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติตามมาตรา 39 หรือมาตรา 40 แห่งพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. 2510

เวลาทำการ (เวลาปฏิบัติการ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าในระยะเวลาสองปีก่อนยื่นคำขอนี้ ข้าพเจ้าไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งที่ขอบด้วยกฎหมายให้จำคุกในความผิดที่กฎหมายบัญญัติ ให้ถือเอาการกระทำโดยทุจริตเป็นองค์ประกอบหรือในความผิดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ กฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท กฎหมายว่าด้วยการขายยาหรือพระราชบัญญัตินี้

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

- (1) รูปถ่ายของผู้ขออนุญาต ขนาด 3 x 4 เซนติเมตร จำนวน 3 รูป
- (2) เอกสารแสดงการเป็นเจ้าของกิจการและหลักทรัพย์
- (3) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต (กรณีบุคคลธรรมดาเป็นผู้ขออนุญาต) หรือผู้ดำเนินการ (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)
- (4) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับรองว่าผู้ขออนุญาตไม่เป็นโรคตามมาตรา 14 (6) แห่งพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. 2510
- (5) สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและเอกสาร ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต
- (6) สำเนาหรือรูปถ่ายใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเอกสารของเอกสารทุกคน ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต
- (7) เอกสารแสดงว่าเป็นผู้ดำเนินการ (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)
- (8) เอกสารอื่นๆ ถ้าจำเป็น

(ลายมือชื่อ).....ผู้ขออนุญาต

(.....)

สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
ตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ.2510

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สัญญาระหว่าง.....ในนามของ.....
เลขที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ซึ่งต่อไปนีสัญชานี้เรียกว่า "ผู้รับอนุญาต" ฝ่ายหนึ่งกับ.....

ผู้ประกอบการ () บำบัดโรคลสัตว์
() โรคศิลปะแผน.....สาขา.....
() วิชา.....ชั้น.....ใบอนุญาตเลขที่.....ซึ่งต่อไปนีสัญชานี้เรียกว่า "ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ" อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำสัญญานี้เพื่อปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. 2510 ร่วมกันโดยมีข้อความ ดังต่อไปนี้

1. ผู้รับอนุญาตยินยอมและตกลงผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเข้าปฏิบัติหน้าที่ ณ.....ของ ผู้รับอนุญาตเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ.2510 ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
2. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการยินยอมรับปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ.2510 ในหน้าที่ที่กำหนดไว้ตามข้อ 1. ของสัญญานี้ทุกประการ
3. ผู้รับอนุญาตยอมจ่ายค่าเงินทดแทนเป็นรายเดือนให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เดือนละ.....บาท (.....) ภายในวันสิ้นเดือนปฏิทินทุกๆ เดือน
4. หนังสือสัญญานี้ฉบับนี้อายุสัญญา จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.....
5. หากคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดบอกเลิกสัญญานี้ก่อนครบกำหนดตามข้อ 4. ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้อีกฝ่ายหนึ่งทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า.....วัน และต้องแจ้งให้กองควบคุมยาทราบตามกฎหมายด้วย
6. หากต้องมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลง เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทำอยู่ เพื่อให้การปฏิบัติการได้เป็นไปโดยถูกต้องตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ.2510 และกฎกระทรวงซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าว ผู้รับอนุญาตยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกประการ
7. ภาษีเงินได้ที่จะต้องเสียตามกฎหมาย ผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตกลงกันว่า.....เป็นผู้เสีย
8. หากปรากฏว่าคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไม่ปฏิบัติตามสัญญานี้ แม้แต่ข้อหนึ่งข้อใดสัญญานี้เป็นอันเลิกกันทันที โดยคู่สัญญาไม่ต้องปฏิบัติตาม ข้อ 5. และคู่สัญญามีสิทธิที่จะต้องเรียกร้องค่าเสียหายได้ตามกฎหมาย หากมีการฟ้องร้องกันขึ้น ทั้งสองฝ่ายตกลงกันว่าฝ่ายที่ผิดสัญญาจะต้องเป็นผู้ชดใช้ค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้อง เช่น ค่าทนาย และค่าธรรมเนียมศาลหรืออื่นๆ เป็นต้น

9. สัญชานี้เป็นสามฉบับมีข้อความตรงกัน คู่สัญญาดังยัดถือไว้คนละหนึ่งฉบับ และมอบไว้ให้กองควบคุมยาสำนักรงานคณะกรรมการอาหารและยา เก็บไว้เป็นหลักฐานหนึ่งฉบับ
คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายต่างเข้าใจข้อความในสัญญานี้ดีแล้ว จึงได้ลงชื่อเป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

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.....

- (1) ข้าพเจ้าเป็น ☐ ผู้สำเร็จหลักสูตรการอบรมตามมาตรา 48 แห่งพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522
(เฉพาะสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ)

ใบประกอบวิชาชีพ/หนังสือรับรอง เลขที่.....

ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....วันหมดอายุ (ถ้ามี).....

- (2) ข้าพเจ้าไม่อยู่ระหว่างการพักใช้ใบประกอบวิชาชีพ

- (3) ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขณะนี้ข้าพเจ้ามิได้เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแห่งใด

- (4) ขณะนี้ข้าพเจ้า ☐ ไม่ได้รับราชการหรือทำงานอยู่แห่งใด

☐ รับราชการหรือทำงานอยู่ที่.....

เวลาราชการ/เวลาทำงาน.....

- (5) ข้าพเจ้าจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำ ณ สถานที่ขายยาชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

เวลาปฏิบัติการ.....

(6) ข้าพเจ้ารับทราบและจะปฏิบัติตามหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่กำหนดไว้ ตลอดระยะเวลาที่ข้าพเจ้าเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่แห่งนี้โดยเคร่งครัด

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

- (1) สำเนาทะเบียนบ้าน
- (2) สำเนาบัตรประชาชน
- (3) คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน พร้อมตราประทับในกรณีรับราชการหรือทำงาน (ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด)
- (4) เอกสารอื่นๆ (ถ้าจำเป็น)

ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

กรณีการขอใบอนุญาตใหม่ ให้ทำคำรับรองนี้ต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ให้คำรับรอง
(ลายมือชื่อ)..... พนักงานเจ้าหน้าที่

หมายเหตุ : -ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน
เพื่อเป็นหลักฐานประกอบคำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (แบบ ข.ย.14) ในการเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
ในร้านขายยาตามกฎหมายกระทรวงการอนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2556

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....ชื่อหน่วยงาน.....

ตั้งอยู่ ณ เลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....ตรอก/ซอย.....

หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....มือถือ.....

e-mail.....

เป็นผู้บังคับบัญชา/หัวหน้างาน ของ.....

เลขที่บัตรประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ เป็นผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ และปฏิบัติงานใน

ตำแหน่งประจำ คือสังกัด (แผนก/ฝ่าย).....

ในหน่วยงานชื่อ.....เวลาปฏิบัติงานในหน่วยงาน คือ.....น.

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ตราประทับหน่วยงาน

(.....)

ตำแหน่ง.....

เฉพาะกรณีที่เอกสารไม่ได้รับราชการ หรือ ทำงานประจำ (ให้กรอกข้อความ อ่าน และลงนามข้างล่างนี้)

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่ได้รับราชการหรือทำงานประจำที่ใด
ทั้งนี้ข้าพเจ้าทราบว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

ลงชื่อ.....

(.....)

เอกสารผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

**คำรับรองของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน
เกี่ยวกับการจัดให้มีเภสัชกรมาอยู่ปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาที่เปิดทำการ**

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

เป็นผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันชื่อ.....

ตั้งอยู่ ณ เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... ตรอก/ซอย.....

หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจในหน้าที่ความรับผิดชอบ ของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ในการจัดให้มีเภสัชกรอยู่ปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาทำการ และหากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามที่กำหนด ข้าพเจ้าต้องรับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด รวมถึงอาจไม่สามารถต่ออายุใบอนุญาตได้ ตามเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวงว่าด้วยการขออนุญาต และการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2556

ข้าพเจ้าอ่านและเข้าใจถ้อยคำดังกล่าวทั้งหมด จึงลงลายมือชื่อเป็นสำคัญ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้รับอนุญาต

หนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

- ☐ ผู้รับอนุญาต ☐ ผู้ดำเนินการ ☐ ผู้ขออนุญาต
☐ ขยายแผนปัจจุบัน ☐ นำหรือสั่งยาแผนปัจจุบันฯ ☐ ผลิทยาแผนปัจจุบัน
☐ ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
☐ ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์
☐ ขยายแผนโบราณ ☐ นำหรือสั่งยาแผนโบราณฯ ☐ ผลิทยาแผนโบราณ

ของ ร้าน/หจก./หสน./บริษัท.....

ใบอนุญาตเลขที่.....ตั้งอยู่.....

ขอมอบอำนาจให้.....

☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ บัตรประจำตัวข้าราชการ เลขที่.....

ออกให้โดย.....บัตรหมดอายุ.....

เป็นผู้กระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการเกี่ยวกับการขออนุญาต การรับใบอนุญาต การต่อใบอนุญาต การลงนามเป็นผู้ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต การแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาต และกิจการอื่นใดทุกประการ เกี่ยวกับการประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา สำหรับใบอนุญาตดังกล่าวข้างต้น

การใดที่รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายใต้ขอบเขตแห่งการมอบอำนาจนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบและมีผลผูกพันข้าพเจ้าทุกประการ ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

ติด
อากรแสตมป์
30 บาท

ชื่อร้าน..... วันที่ตรวจประเมิน.....

แบบประเมินร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ร้านเปิดใหม่)
ตามกฎหมายกระทรวงการขออนุญาต และการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2556

ชื่อร้าน..... เลขที่..... อาคาร/หมู่บ้านชื่อ.....
ชั้นที่..... ถนน..... ซอย..... หมู่.....
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... มือถือ.....
โทรสาร..... e-mail.....

ชื่อผู้รับอนุญาต.....
ชื่อผู้ดำเนินการ.....(เฉพาะกรณีที่เป็นนิติบุคคล)

มีผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ.....คน ได้แก่

1. เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ..... เวลาปฏิบัติการ.....น.
ขณะประเมิน ☐ พบเภสัชกร ☐ ไม่พบเภสัชกร
2. เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ..... เวลาปฏิบัติการ.....น.
ขณะประเมิน ☐ พบเภสัชกร ☐ ไม่พบเภสัชกร
3. เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ..... เวลาปฏิบัติการ.....น.
ขณะประเมิน ☐ พบเภสัชกร ☐ ไม่พบเภสัชกร

(หากมีผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการหลายคนให้ระบุจนครบทุกคนท้ายแบบตรวจประเมินนี้)

วันที่ประเมิน..... เวลา.....น.

ผู้ประเมิน 1

ผู้ประเมิน 2

รายการ	รายละเอียดการตรวจ	เกณฑ์การให้คะแนน	ค่าน้ำหนัก	คะแนน	หมายเหตุ
1. ภาพรวมของสถานที่ขายยา					
1.1 สถานที่ขายยาต้องมีความแข็งแรง เป็นสิ่งปลูกสร้างที่มั่นคงถาวรเป็นสัดส่วนชัดเจน (Critical Defect)	○ ตัวอาคารสร้างด้วยวัสดุที่มั่นคงแข็งแรง ○ มีความเป็นสัดส่วนจากสิ่งแวดล้อม กรณีเป็นพื้นที่เช่าในอาคาร ต้องมีการกำหนดขอบเขตบริเวณที่ชัดเจน โดยจะต้องมีอย่างน้อยด้านหนึ่งของร้านติดกับผนังอาคาร หรือมีฉากกั้น (Partition) ที่ตรงกับพื้นไม่สามารถขยับเขยื้อนได้ง่ายแทนผนัง และต้องมีความสูงไม่น้อยกว่า 2 เมตร	○ 0 = ไม่สอดคล้อง ○ 2 = สอดคล้องทุกข้อ	2		กรณีไม่สอดคล้องถือเป็นข้อบกพร่องวิกฤต
1.2 มีทะเบียนบ้านที่ออกโดยส่วนราชการ กรณีเป็นอาคารชุดต้องเป็นพื้นที่อนุญาตให้ประกอบกิจการ ไม่ใช่ที่พักอาศัย (Critical Defect)	○ สถานที่ขายยาต้องตั้งอยู่ในสถานที่ซึ่งประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงได้ กรณีเป็นอาคารชุดจะต้องตั้งอยู่ในพื้นที่ส่วนกลางที่จัดเตรียมไว้สำหรับประกอบกิจการค้า ไม่ใช่พื้นที่ส่วนบุคคล ○ มีทะเบียนบ้านที่ออกโดยหน่วยงานราชการ	○ 0 = ไม่สอดคล้อง ○ 2 = สอดคล้องทุกข้อ	2		กรณีไม่สอดคล้องถือเป็นข้อบกพร่องวิกฤต
1.3 สถานที่ขายยาต้องถูกสุขลักษณะ เป็นระเบียบเรียบร้อย มีการควบคุมป้องกันสัตว์แมลงรบกวน ไม่มีสัตว์เลี้ยงในบริเวณขายยา และอากาศถ่ายเทสะดวก	○ เป็นระเบียบเรียบร้อย ○ มีการควบคุมป้องกันสัตว์แมลงรบกวน ○ ไม่มีสัตว์เลี้ยงในบริเวณขายยา ○ อากาศถ่ายเทสะดวก	○ 0 = สอดคล้อง 0-2 ข้อ ○ 1 = สอดคล้อง 3 ข้อ ○ 2 = สอดคล้องทุกข้อ	1		
1.4 มีตู้หรือชั้นวางยาที่สามารถแยกเก็บยา เป็นหมวดหมู่ตามประเภทของยา ทั้งส่วนของหน้าร้าน และพื้นที่เก็บสำรองยา (ถ้ามี) และไม่วางยาสัมผัสกับพื้นโดยตรง (Critical Defect)	○ มีตู้หรือชั้นวางยาที่สามารถแยกเก็บยาเป็นหมวดหมู่ตามประเภทของยา ○ พื้นที่เก็บสำรองยา (ถ้ามี) และไม่วางยาสัมผัสกับพื้นโดยตรง	○ 0 = ไม่สอดคล้อง ○ 2 = สอดคล้องทุกข้อ	2		กรณีไม่สอดคล้องถือเป็นข้อบกพร่องวิกฤต
1.5 บริเวณจัดวางยาอันตราย และยาควบคุมพิเศษในพื้นที่ขายยา จะต้อง 15.1 มีพื้นที่เพียงพอในการจัดวางยาแยกตามประเภทของยา และสามารถติดป้ายแสดงประเภทของยาได้ตามหลักวิชาการ 15.2 จัดให้มีม่าน หรือวัสดุที่ปิดบัง สำหรับ ใช้ปิดบัง บริเวณ ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร ในขณะที่เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ พร้อมทั้งข้อความแจ้งให้ทราบว่าเภสัชกรไม่อยู่แสดงไว้ให้เห็นได้ชัดเจนจากภายนอกสถานที่ (Critical Defect)	○ ยาอันตราย และยาควบคุมพิเศษควรจัดเรียงในพื้นที่ “ส่วนบริการโดยเภสัชกร” ซึ่งการจัดสัดส่วนพื้นที่ดังกล่าวจะต้องป้องกันไม่ให้ผู้รับบริการเข้าถึงยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ หรือยาที่ต้องควบคุมการจ่ายโดยเภสัชกร ○ มีป้ายแสดงหมวดหมู่ยาเป็นประเภทต่างๆ ○ มีวัสดุที่ใช้ปิดบังพื้นที่ส่วนที่จัดวางยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษซึ่งอาจเป็นผ้า ผ้าม่าน ผ้าใบ หรือวัสดุอื่นใดที่มีความเหมาะสมโดย ติดถาวรบนขอบตู้ยา เพื่อปิดบังส่วนที่เป็นยาอันตราย และยาควบคุมพิเศษ ทั้งหมด รวมถึงยาต่างๆที่ต้องจ่ายโดยเภสัชกรในระหว่างที่เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ ○ มีการแสดงข้อความภาษาไทยแจ้งต่อผู้รับบริการว่า “เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ไม่สามารถขายยาในบริเวณนี้ได้” หรือข้อความอื่นในทำนองเดียวกัน	○ 0 = ไม่สอดคล้อง ○ 2 = สอดคล้องทุกข้อ	3		กรณีไม่สอดคล้องถือเป็นข้อบกพร่องวิกฤต

รายการ	รายละเอียดการตรวจ	เกณฑ์การให้คะแนน	ค่าน้ำหนัก	คะแนน	หมายเหตุ
1.6 มีการจัดการ การควบคุม สภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการรักษาคุณภาพผลิตภัณฑ์ให้มีประสิทธิภาพที่ดีในการรักษาอากาศถ่ายเทดี แห้ง สามารถควบคุมอุณหภูมิให้ไม่เกิน 30 องศาเซลเซียส และสามารถป้องกันแสงแดดไม่ให้ส่องโดยตรงถึงผลิตภัณฑ์ (Critical Defect)	○ มีการบันทึกอุณหภูมิอย่างสม่ำเสมอและสามารถตรวจสอบได้ถึงปัจจุบันในส่วนพื้นที่ให้บริการ พื้นที่เก็บสำรองยา (Stock) และบริเวณที่เก็บยาในตู้เย็น ○ อุณหภูมิสำหรับจัดเก็บยาทั่วไป <u>ไม่เกิน 30 องศาเซลเซียส</u> ○ แสงแดดและความร้อนไม่กระทบผลิตภัณฑ์ยาใดๆภายในร้านและส่วนเก็บยาสำรอง (stock)	○ 0 = ไม่สอดคล้อง ○ 2 = สอดคล้องทุกข้อ	3		กรณี ไม่สอดคล้อง ถือเป็น ข้อบกพร่อง วิกฤต
1.7 มีแสงสว่างเพียงพอในการอ่านเอกสาร อ่านฉลากผลิตภัณฑ์ ยาและป้ายแสดงต่างๆ ได้อย่างชัดเจน	○ แสงสว่างต้องมีปริมาณที่เพียงพอเหมาะสมที่จะอ่านฉลากยาที่มีขนาดเล็กได้ ○ ควรเป็นแสงสีขาว (Daylight) เพื่อให้สามารถสังเกตความผิดปกติของยาได้ เช่น กรณีการเสื่อมสภาพของยา หรือยาที่มีรูปร่างลักษณะคล้ายคลึงกัน หรืออักษรบนฉลาก	○ 0 = ไม่สอดคล้อง ○ 1 = สอดคล้อง 1 ข้อ ○ 2 = สอดคล้องทุกข้อ	2		
2. การจัดสัดส่วนของพื้นที่					
2.1 มีพื้นที่เพียงพอสำหรับให้ผู้เกี่ยวข้องได้ปฏิบัติหน้าที่ โดยสะดวก ไม่ว่าจะเป็นผู้รับอนุญาต ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ผู้มาใช้บริการ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ของรัฐที่จะเข้าปฏิบัติหน้าที่	○ มีพื้นที่เพียงพอสำหรับผู้เกี่ยวข้องได้ปฏิบัติหน้าที่โดยสะดวก ○ ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร ○ ส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ ○ ส่วนสำหรับให้ลูกค้าบริการตนเอง ○ พื้นที่เก็บสำรองยาเป็นการเฉพาะ (ถ้ามี)	○ 0 = ไม่สอดคล้อง ○ 2 = สอดคล้องทุกข้อ	2		กรณี ไม่สอดคล้อง ถือเป็น ข้อบกพร่อง วิกฤต
2.2 พื้นที่ของร้านขายยามีการจัดเป็นสัดส่วน ประกอบด้วย ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร/ให้คำปรึกษาแนะนำ/ลูกค้าบริการตนเอง/พื้นที่เก็บสำรองยา (ถ้ามี) (Critical Defect)					
2.3 ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร และส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ ต้องอยู่ในบริเวณที่ติดต่อกัน และมีพื้นที่ทั้งสองส่วนรวมกันไม่น้อยกว่า 8 ตารางเมตร โดยความยาวของด้านที่สั้นที่สุดของพื้นที่ต้องไม่น้อยกว่า 2 เมตร (Critical Defect)	○ ขนาดพื้นที่เพียงพอสำหรับผู้เกี่ยวข้องได้ปฏิบัติหน้าที่โดยสะดวกทั้งผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการและผู้ใช้บริการ ○ พื้นที่ในส่วนให้บริการโดยเภสัชกร (ส่วนจัดเรียงยาอันตราย และยาควบคุมพิเศษ) และส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ ต้องมีพื้นที่ไม่น้อยกว่า 8 ตารางเมตร โดยความยาวของด้านที่สั้นที่สุดของพื้นที่ไม่น้อยกว่า 2 ตร.ม. ○ กรณีที่ร้านยามีผลิตภัณฑ์สำหรับให้ลูกค้าสามารถเลือกได้ด้วยตนเอง เช่น วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ นมผง เครื่องสำอาง เป็นต้น จะต้องจัดให้มีบริเวณแยกต่างหากจาก 8 ตารางเมตร ข้างต้น	○ 0 = ไม่สอดคล้อง ○ 2 = สอดคล้องทุกข้อ	3		กรณี ไม่สอดคล้อง ถือเป็น ข้อบกพร่อง วิกฤต

รายการ	รายละเอียดการตรวจ	เกณฑ์การให้คะแนน	ค่าน้ำหนัก	คะแนน	หมายเหตุ
2.5 ส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ มีการจัดเป็นสัดส่วนโดยมีพื้นที่บนเคาเตอร์ หรือโต๊ะซึ่งเพียงพอต่อการให้บริการ สามารถวางแฟ้มประวัติผู้ป่วย และอุปกรณ์หรือหนังสือที่ประกอบการให้คำปรึกษาแนะนำ ตลอดถึงยาที่ผู้ป่วยได้รับ รวมถึงมีเก้าอี้สำหรับเภสัชกร และผู้มาขอรับคำปรึกษาแนะนำ พร้อมทั้งมีป้ายแสดงชัดเจน (Critical Defect)	○ บริเวณสำหรับให้คำปรึกษาและแนะนำการใช้ยา จะต้องมีพื้นที่ที่เพียงพอ สำหรับการจัดวางเอกสาร และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งเก้าอี้สำหรับผู้รับคำปรึกษานั่ง ○ ตำแหน่งของโต๊ะให้คำปรึกษาควรจัดเป็นสัดส่วนและสามารถรักษาความลับของผู้ป่วยได้ ○ มีป้ายภาษาไทยระบุ “บริเวณให้คำปรึกษาด้านยา”	○ 0 = ไม่สอดคล้อง ○ 2 = สอดคล้องทุกข้อ	2		กรณี ไม่สอดคล้อง ถือเป็น ข้อบกพร่อง วิกฤต
2.6 พื้นที่เก็บสำรองยา เป็นการเฉพาะจะต้องมีพื้นที่เพียงพอ สำหรับการจัดเก็บรักษา ยาประเภทต่างๆ วัสดุและผลิตภัณฑ์อย่างอื่นๆ อย่างเป็นระเบียบ เหมาะสม และไม่วางยาสัมผัสกับพื้นโดยตรง (หากไม่มีพื้นที่เก็บสำรองยาเป็นการเฉพาะ ให้ระบุ “ไม่มี” ในช่องหมายเหตุ)	○ มีบริเวณเฉพาะสำหรับการจัดเก็บ กรณีที่มียาสำรองไม่มากอาจใช้พื้นที่ส่วนตู้ปิดทึบหน้าร้าน ในการจัดเก็บ โดยจะต้องแยกชัดเจนระหว่างยาสำรอง (stock) กับยาที่พร้อมจำหน่าย และมีป้ายแสดงว่าเป็น “พื้นที่เก็บสำรองยา” ○ พื้นที่เก็บสำรองยาต้องเป็นไปตามข้อกำหนดสำหรับการจัดเก็บของยานั้นๆ เช่น อุณหภูมิ ความชื้น การเก็บให้พ้นแสง ○ พื้นที่เพียงพอที่จะจัดเก็บยาให้เป็นระเบียบ ไม่ก่อให้เกิดความสับสนการจัดวางยา ○ แนะนำให้ใช้พาเลท (Pallet) ที่ทำจากพลาสติก หรือไม้เนื้อแข็ง รองพื้นก่อนจัดวางยา ห้ามวางสัมผัสพื้นโดยตรง	○ 0 = สอดคล้อง 0-2 ข้อ ○ 1 = สอดคล้อง 3 ข้อ ○ 2 = สอดคล้อง 4 ข้อ	1		
2.7 มีตู้หรือลิ้นชักเก็บวัตถุดิบ ฤทธิ์ประเภท 3 หรือประเภท 4 และตู้หรือลิ้นชักเก็บยาเสพติดให้โทษประเภท 3 แยกเป็นสัดส่วน (กรณีมีการขออนุญาตขายวัตถุดิบ ฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4 หรือ ยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 3) (ถ้ามี) (Critical Defect)	○ มีตู้หรือลิ้นชักเก็บวัตถุดิบ ฤทธิ์ประเภท 3 หรือประเภท 4 และตู้หรือลิ้นชักเก็บยาเสพติดให้โทษประเภท 3 แยกเป็นสัดส่วน	○ 0 = ไม่สอดคล้อง ○ 2 = สอดคล้องทุกข้อ	2		กรณี ไม่สอดคล้อง ถือเป็น ข้อบกพร่อง วิกฤต
3. ป้าย และป้ายแสดงชื่อตัว ชื่อสกุล วิทยฐานะ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ					
3.1 มีป้าย “สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน” ติดในบริเวณที่ผู้มารับบริการมองเห็นได้ชัดเจน สามารถมองเห็นได้จากภายนอกอาคาร (Critical Defect)	○ สี่ป้ายถูกต้องตามประเภทร้านขายยา ○ ขนาดป้ายไม่น้อยกว่า 20 x 70 เซนติเมตร ○ มีข้อความเป็นตัวอักษรไทยสีขาวสูงไม่น้อยกว่า 3 เซนติเมตร	○ 0 = ไม่สอดคล้อง ○ 2 = สอดคล้องทุกข้อ	2		กรณี ไม่สอดคล้อง ถือเป็น ข้อบกพร่อง วิกฤต

รายการ	รายละเอียดการตรวจ	เกณฑ์การให้คะแนน	ค่าน้ำหนัก	คะแนน	หมายเหตุ
3.2 มีป้ายแสดงชื่อตัว ชื่อสกุล วิทยฐานะ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ รูปถ่ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เลขที่ ใบประกอบวิชาชีพ และเวลา ปฏิบัติการติดในบริเวณที่ผู้มารับ บริการมองเห็นได้ชัดเจน สามารถมองเห็นได้จากภายนอกอาคาร (Critical Defect)	○ สี่ป้ายถูกต้องตามประเภทร้านขายยา ○ ขนาดป้ายไม่น้อยกว่า 20 x 70 เซนติเมตร ○ แสดงรูปถ่ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ หน้า เต็ม รูปสี่ ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 5 ปี ○ ขนาดรูปถ่ายอย่างน้อย 8x15 เซนติเมตร ○ มีข้อความเป็นตัวอักษรไทยสีขาว สูงไม่น้อยกว่า 3 เซนติเมตร ○ สามารถมองเห็นได้จากภายนอกอาคาร	○ 0 = ไม่สอดคล้อง ○ 2 = สอดคล้องทุกข้อ	2		กรณี ไม่สอดคล้อง ถือเป็น ข้อบกพร่อง วิกฤต
4. หมวดอุปกรณ์					
4.1 มีตู้เย็น (เฉพาะกรณีมียาที่ต้องเก็บรักษา ในอุณหภูมิที่ต่ำกว่าอุณหภูมิห้อง) ในสภาพที่ใช้งานได้ตามมาตรฐาน มีพื้นที่เพียงพอสำหรับการจัดเก็บ ยาแต่ละชนิดเป็นสัดส่วนเฉพาะไม่ ใช้เก็บของปะปนกับสิ่งของอื่น (Critical Defect) ตู้เย็นจะเย็นได้กรณีไม่มียาที่ต้องเก็บต่ำกว่าอุณหภูมิห้อง	○ ในสภาพที่ใช้งานได้ตามมาตรฐาน ○ กรณีไม่ใช่ตู้เย็นสำหรับจัดเก็บยา และ เวชภัณฑ์ซึ่งมีระบบในการควบคุมอุณหภูมิ และความชื้น จะต้องมีกถ่องพลาสติกที่มีฝา ปิดมิดชิดสำหรับใส่ยาก่อนวางในตู้เย็น (ไม่ วางยาบนชั้นของตู้เย็นโดยตรง) และ เทอร์โมมิเตอร์ในกถ่องพลาสติกที่มีฝาปิด มิดชิดนั้น และจัดให้มีพื้นที่ 1 ชั้นวาง สำหรับจัดวางกถ่องพลาสติกใส่ยาข้างต้น (เพื่อให้เป็นสัดส่วนเฉพาะไม่ปะปนกับสิ่งอื่น) ○ อุณหภูมิที่ใช้ในการเก็บเป็นไปตาม ข้อกำหนดของยานั้นๆ	○ 0 = ไม่สอดคล้องทุกข้อ ○ 2 = สอดคล้องทุกข้อ	2		กรณี ไม่สอดคล้อง ถือเป็น ข้อบกพร่อง วิกฤต
4.2 มีภาคนับเม็ดยา อย่างน้อย 2 ภาคนับ กรณีต้องมีการแบ่งบรรจุยาก ลุ่มเพนนิซิลิน หรือยากกลุ่มซัลโฟ นาไมด์ หรือยากกลุ่มต้านการ อักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAID) ทั้งนี้อุปกรณ์นับเม็ดยา สำหรับยาในกลุ่มเพนนิซิลิน หรือ ยากกลุ่มซัลโฟนาไมด์ หรือยากกลุ่ม ต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่ส เตียรอยด์ (NSAID) ให้แยกใช้ เด็ดขาดจากยากกลุ่มอื่นๆ มีการติด ป้ายให้เห็นชัดเจนที่อุปกรณ์ และ ไม่นับยา (Critical Defect)	○ ในสภาพใช้งานได้ดี ○ กรณีที่มีการนับเม็ดเพื่อแบ่งจ่ายยา เหล่านี้ - ยากลุ่มเพนนิซิลิน - ยากลุ่มซัลโฟนาไมด์ - ยากลุ่มต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่ สเตียรอยด์ (NSAID) - จะต้องมีอุปกรณ์นับเม็ดยา (ภาคนับ/ไม้นับยา/ ซ้อนตักยา) เป็นการเฉพาะ และมีการระบุ ชัดเจนทั้งภาคนับและอุปกรณ์นับยา และให้ แยกใช้เด็ดขาดจากยากกลุ่มอื่นๆ ○ มีอุปกรณ์ทำความสะอาดภาคนับ และ อุปกรณ์นับยา (แอลกอฮอล์/สำลี) มีการทำ ความสะอาดสม่ำเสมอ และจัดเก็บป้องกัน ไม่ให้เกิดการปนเปื้อนข้าม	○ 0 = ไม่สอดคล้องทุกข้อ ○ 2 = สอดคล้องทุกข้อ	2		กรณี ไม่สอดคล้อง ถือเป็น ข้อบกพร่อง วิกฤต
4.3 เครื่องวัดความดันโลหิต (ชนิดอัตโนมัติ) จำนวน 1 เครื่อง ในสภาพที่ใช้งานได้ตามมาตรฐาน (Critical Defect)	○ อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งาน	○ 0 = ไม่สอดคล้อง ○ 2 = สอดคล้อง 1 ข้อ	2		กรณี ไม่สอดคล้อง ถือเป็น ข้อบกพร่อง วิกฤต
4.4 มีเครื่องชั่งน้ำหนักสำหรับผู้ มารับบริการ จำนวน 1 เครื่อง ในสภาพที่ใช้งานได้ตามมาตรฐาน (Critical Defect)	○ อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งาน	○ 0 = ไม่สอดคล้องทุกข้อ ○ 2 = สอดคล้อง 1 ข้อ	2		กรณี ไม่สอดคล้อง ถือเป็น ข้อบกพร่อง วิกฤต

รายการ	รายละเอียดการตรวจ	เกณฑ์การให้คะแนน	ค่าน้ำหนัก	คะแนน	หมายเหตุ
4.5 มีอุปกรณ์ที่วัดส่วนสูงสำหรับผู้มารับบริการ จำนวน 1 เครื่อง ในสภาพที่ใช้งานได้ตามมาตรฐาน (Critical Defect)	☐ อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งาน	☐ 0 = ไม่สอดคล้องทุกข้อ ☐ 2 = สอดคล้อง 1 ข้อ	2		กรณี ไม่สอดคล้อง ถือเป็น ข้อบกพร่อง วิกฤต
4.6 มีอุปกรณ์สำหรับดับเพลิง จำนวน 1 เครื่อง ในสภาพที่ใช้งานได้ตามมาตรฐาน (Critical Defect)	☐ อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งาน สามารถ เข้าถึงง่าย จำนวน 1 เครื่อง ต่อพื้นที่บริการ ไม่เกิน 200 ตารางเมตร (ขนาดบรรจุไม่น้อยกว่า 4 กิโลกรัม) และติดตั้งสูงจากพื้น ไม่เกินกว่า 1.50 เมตร ☐ อาจไม่มีได้ กรณี ตั้งอยู่ในอาคารสำนักงาน อาคารห้างสรรพสินค้า เป็นต้น ซึ่งใช้การ อ้างอิงถึงระบบในการป้องกันอัคคีภัยของ สถานที่ตามกฎหมาย	☐ 0 = ไม่สอดคล้องทุกข้อ ☐ 2 = สอดคล้อง 1 ข้อ	2		กรณี ไม่สอดคล้อง ถือเป็น ข้อบกพร่อง วิกฤต
5. การปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน					
5.1 มี ชื่อร้าน ที่อยู่ และหมายเลข โทรศัพท์สำหรับติดต่อบนซอง สำหรับบรรจุยา (Critical Defect)	☐ ซองยาสามารถระบุข้อความสำคัญได้จริง มีการระบุข้อมูลบนซองยาครบถ้วน ดังนี้ ☐ ชื่อร้าน ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ สำหรับติดต่อ ☐ ชื่อยา ☐ ข้อบ่งใช้ ☐ วิธีใช้ที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ☐ ผลากช่วย	☐ 0 = ไม่สอดคล้องทุกข้อ ☐ 2 = สอดคล้องทุกข้อ	2		กรณี ไม่สอดคล้อง ถือเป็น ข้อบกพร่อง วิกฤต
5.2 เภสัชกรแต่งกายด้วยเสื้อ กาวนสีขาว ติดเครื่องหมาย สัญลักษณ์ของสภาเภสัชกรรม และแสดงตนว่าเป็นเภสัชกร (Critical Defect)	☐ แต่งกายด้วยเสื้อกาวนสีขาว ☐ เครื่องหมายสัญลักษณ์ของสภาเภสัชกรรม บนเสื้อกาวน ☐ สัญลักษณ์ หรือป้ายบนเสื้อกาวนที่ แสดงตนว่าเป็นเภสัชกร	☐ 0 = ไม่สอดคล้องทุกข้อ ☐ 2 = สอดคล้องทุกข้อ	2		กรณี ไม่สอดคล้อง ถือเป็น ข้อบกพร่อง วิกฤต
5.3 พนักงานร้านยาและบุคลากร อื่นภายในร้านขายยาต้องใส่เสื้อ ป้ายแสดงตน ไม่สื่อบนทางที่จะ ก่อให้เกิดความเข้าใจว่าเป็นเภสัชกร (ตัดสินคะแนนได้ หากไม่มี พนักงานร้านยาหรือบุคลากรอื่นๆ)	4. ไม่ใส่เสื้อกาวนขาวที่สื่อบนทางที่ ก่อให้เกิดความเข้าใจผิดว่าเป็นเภสัชกร ☐ สัญลักษณ์ หรือป้ายบนเสื้อ หรือ เครื่องแบบที่แสดงตนว่าเป็นพนักงานร้านยา หรือบุคลากรอื่นจากหน่วยงานอื่น (เช่น พนักงานแนะนำสินค้า)	☐ 0 = ไม่สอดคล้องทุกข้อ ☐ 2 = สอดคล้องทุกข้อ	1		
5.4 มีแบบบัญชีต่างๆ ตามที่ กฎกระทรวงกำหนด (Critical Defect)	☐ บัญชีการชื้อยา (แบบ ข.ย.9) ☐ บัญชีการขายยาควบคุมพิเศษ(แบบ ขย.10) ☐ บัญชีการขายยาอันตรายเฉพาะรายการที่ เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา กำหนด (ข.ย.11) ☐ บัญชีการขายยาตามใบสั่งยาของผู้ ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรค ศิลปะ หรือผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ (ข.ย.12)	☐ 0 = ไม่สอดคล้องทุกข้อ ☐ 2 = สอดคล้องทุกข้อ	2		

ชื่อร้าน..... วันที่ตรวจประเมิน.....

รายการ	รายละเอียดการตรวจ	เกณฑ์การให้คะแนน	ค่าน้ำหนัก	คะแนน	หมายเหตุ
5.5 ไม่มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (Critical Defect)	☐ ไม่มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ ☐ ไม่มีการจำหน่ายเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์	☐ 0 = ไม่สอดคล้องทุกข้อ ☐ 2 = สอดคล้องทุกข้อ	2		กรณีไม่สอดคล้องถือเป็นข้อบกพร่องวิกฤต
			คะแนนเต็ม		100
คะแนนที่ได้.....คะแนน คะแนนเต็ม.....คะแนน คิดเป็นร้อยละ.....					
คะแนนรวมทุกข้อไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 และจะต้องไม่ตรวจพบข้อบกพร่องวิกฤต (Critical Defect)					

สรุปผลการประเมิน

1. สิ่งที่ต้องปรับปรุง และระยะเวลาแล้วเสร็จ.....
2. ความคิดเห็นของผู้ประเมินต่อการให้อนุญาต.....

ผู้รับอนุญาตและเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต่างทราบตรงกันเกี่ยวกับการที่เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการจะต้องมาปฏิบัติหน้าที่ ณ ร้านยา ตามเวลาที่ระบุอย่างเคร่งครัด

.....
 (.....)
 ผู้ขอรับอนุญาต

.....
 (.....)
 ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ในการตรวจครั้งที่ เจ้าหน้าที่ได้ทำให้ทรัพย์สินของผู้ประกอบธุรกิจ สูญหาย หรือเสียหาย แต่อย่างไรก็ตาม อ่านให้ฟังแล้ว/อ่านเอง รับรองว่าถูกต้องจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

.....
 (.....)
 ผู้ขอรับอนุญาต

.....
 (.....)
 ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

.....
 (.....)
 ผู้ประเมิน 1

.....
 (.....)
 ผู้ประเมิน 2

.....
 (.....)
 พยาน

.....
 (.....)
 พยาน

แบบติดภาพถ่ายร้านขายยา

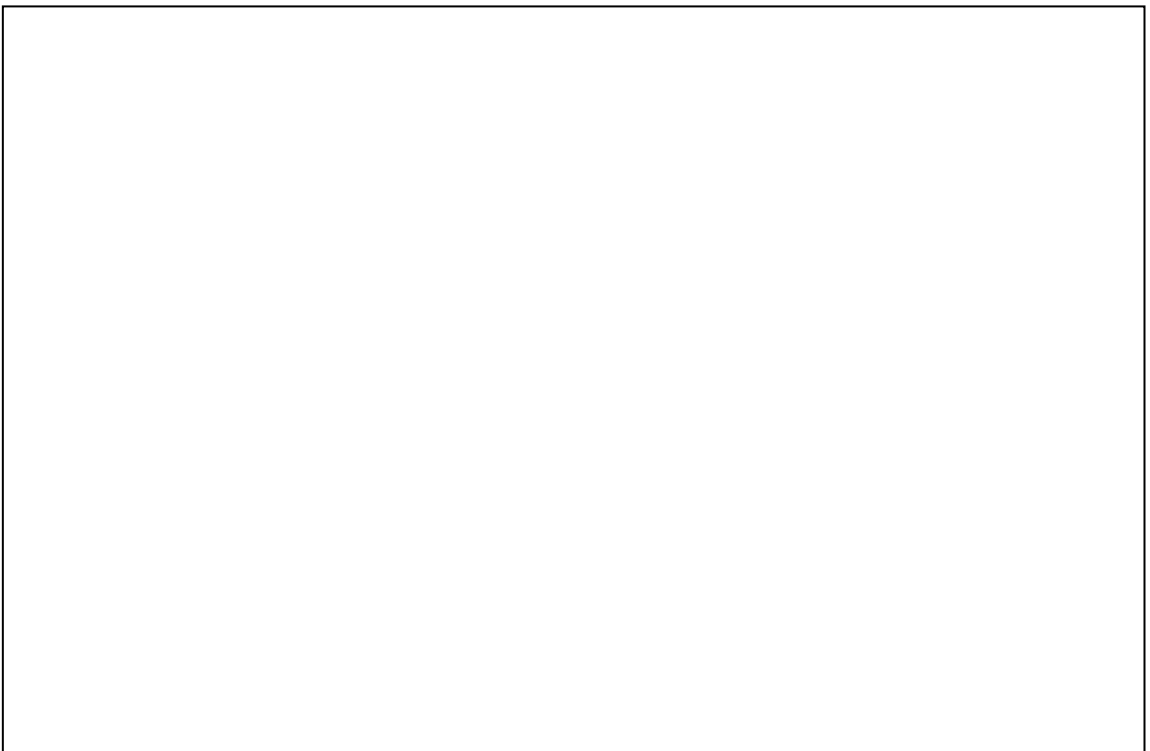
ชื่อร้าน/บริษัท

ที่อยู่

.....



1. ภาพลักษณะของอาคารที่ขออนุญาต (ภาพถ่ายบริเวณอาคารเป็นมุมกว้าง)



2. รูปถ่ายด้านหน้าร้านขายยา (ให้เห็นป้ายชื่อสถานที่ และเลขที่ของสถานที่)

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ลงชื่อ.....

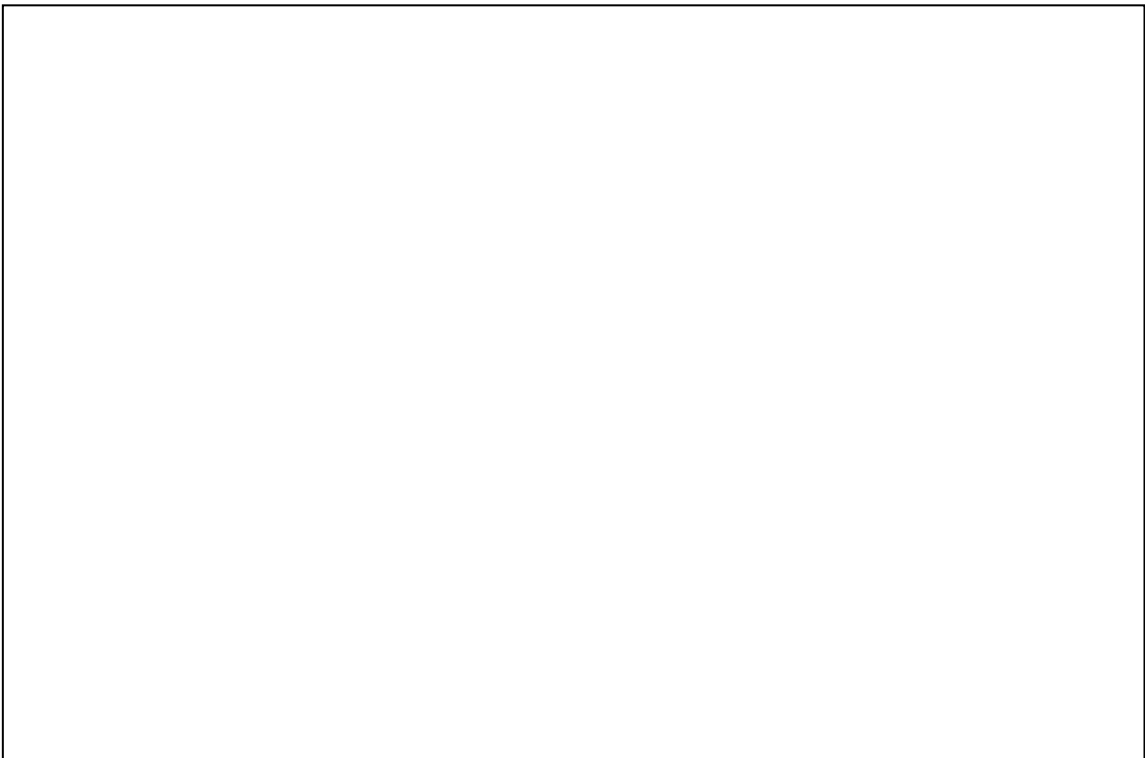
ชื่อร้าน/บริษัท

ที่อยู่

.....



3. รูปถ่ายป้ายแสดงสถานที่ประกอบการ และป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ



4. รูปถ่ายบริเวณปฏิบัติหน้าที่ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (พร้อมป้ายแสดง)

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน/บริษัท

ที่อยู่

.....

5. รูปถ่ายแสดงมานหรือวัตถุที่บแสงสำหรับปิดบังบริเวณ “ส่วนให้บริการโดยเภสักร” พร้อมแสดงข้อความ “ขณะนี้เภสักรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ ไม่สามารถจ่ายยาบริเวณนี้ได้” โดยป้ายข้อความติดถวที่ขอบตู้ด้านบน

6. รูปถ่ายของบรรจุยาทุกชนิด และฉลากยาที่มีการระบุชื่อร้าน ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์

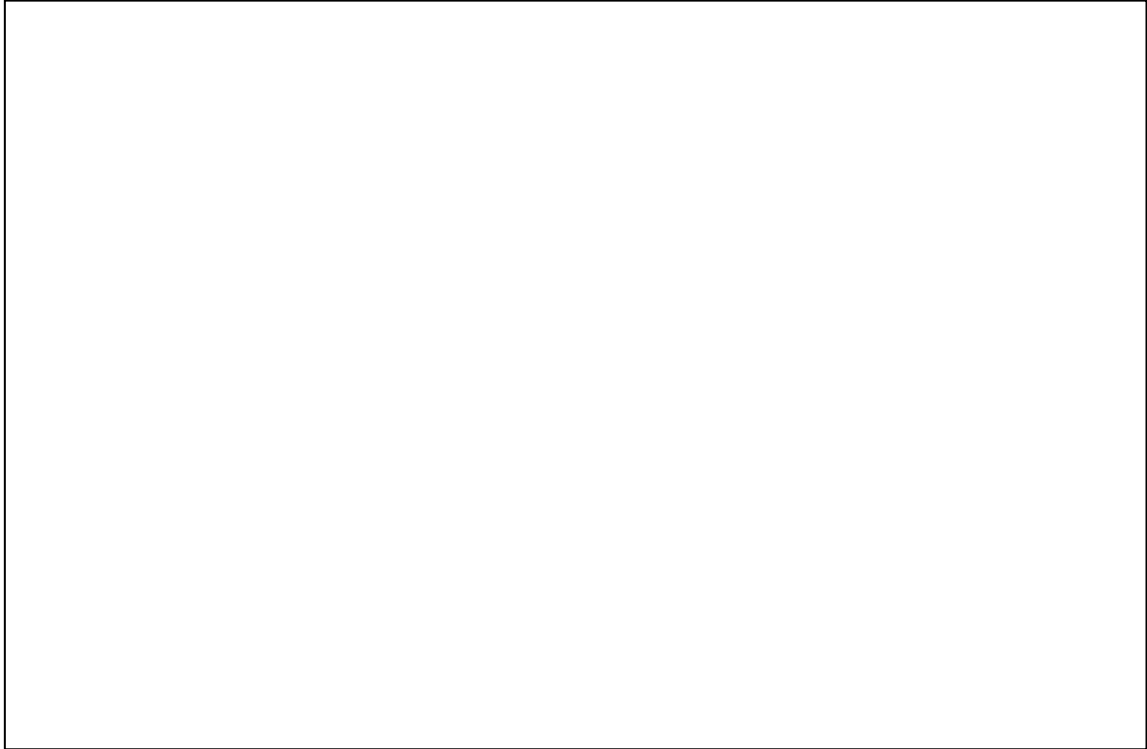
รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน/บริษัท

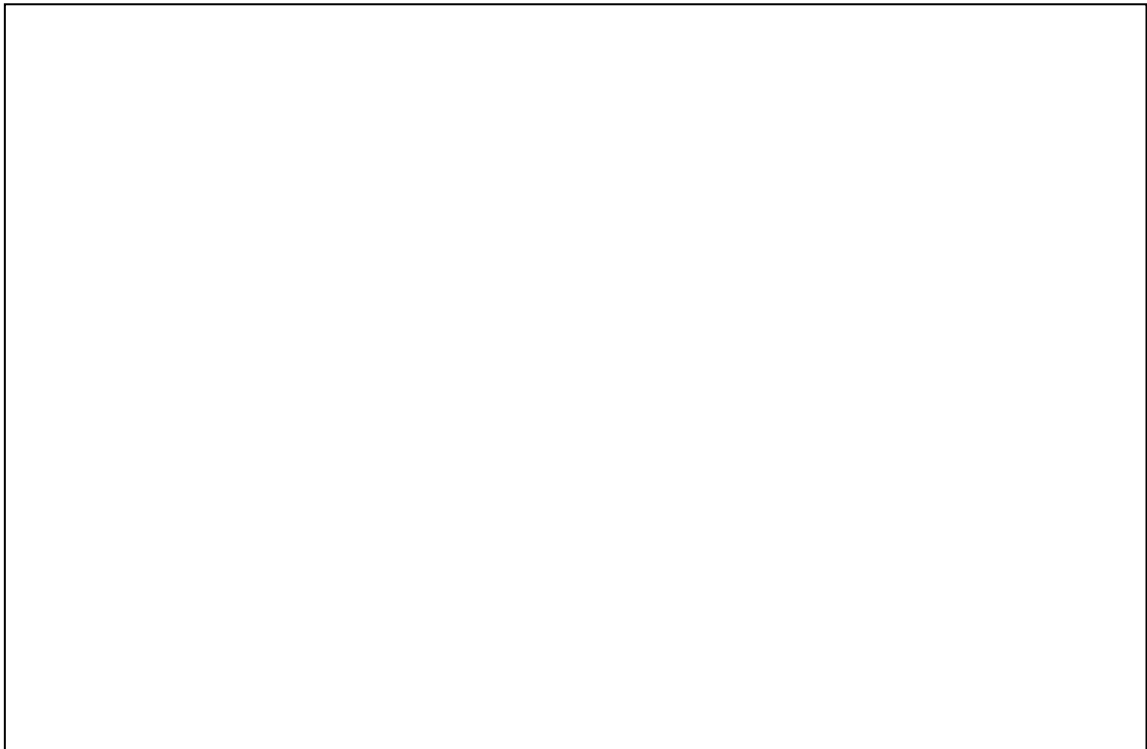
ที่อยู่

.....

7. อุปกรณ์ที่ใช้ในร้านขายยา และการรักษาคุณภาพยา



7.1 ตู้เย็น



7.2 ถาดนับเม็ดยา 2 ถาด พร้อมติดป้ายแสดง

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

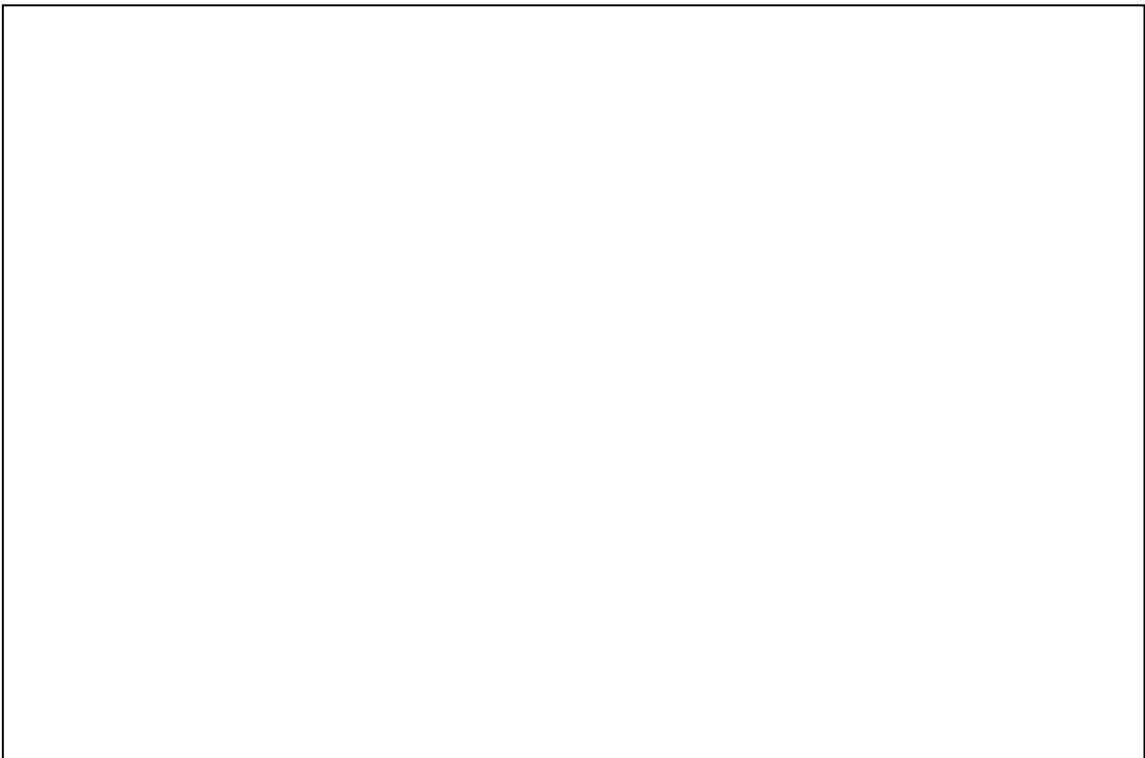
ชื่อร้าน/บริษัท

ที่อยู่

.....



7.3 เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ



7.4 เครื่องชั่งน้ำหนัก

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

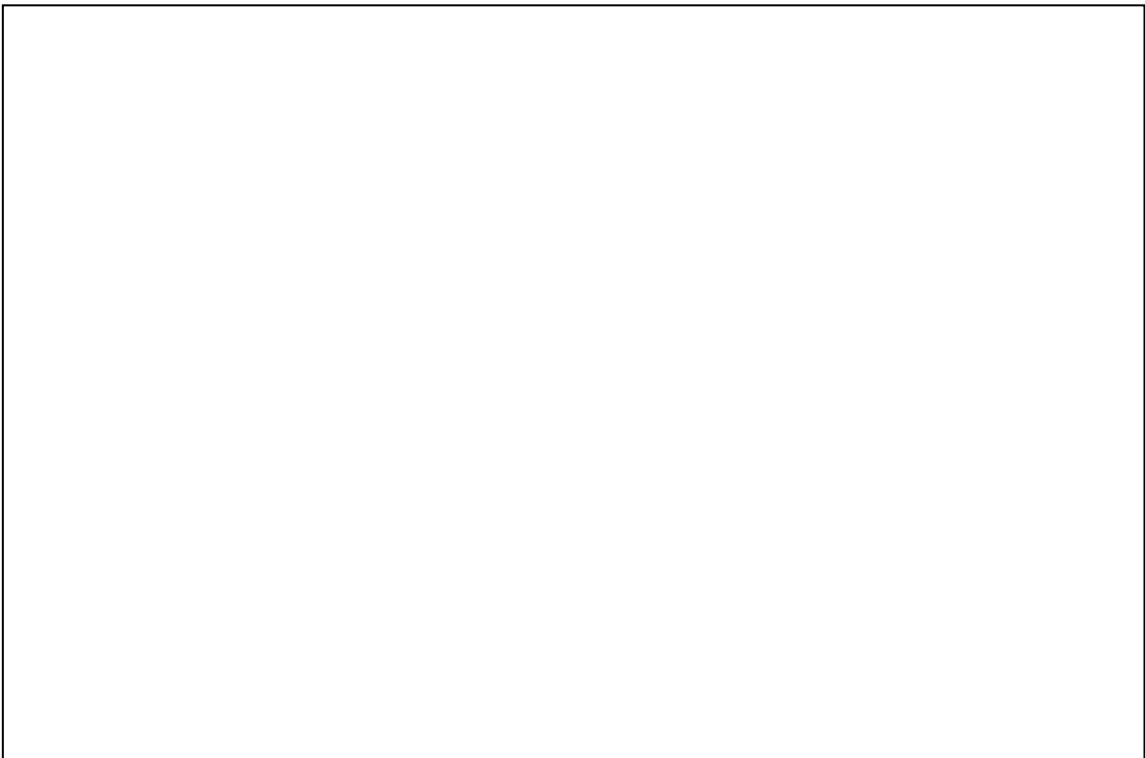
ชื่อร้าน/บริษัท

ที่อยู่

.....



7.5 ที่วัดสวนสูง



7.6 อุปกรณ์สำหรับดับเพลิง

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

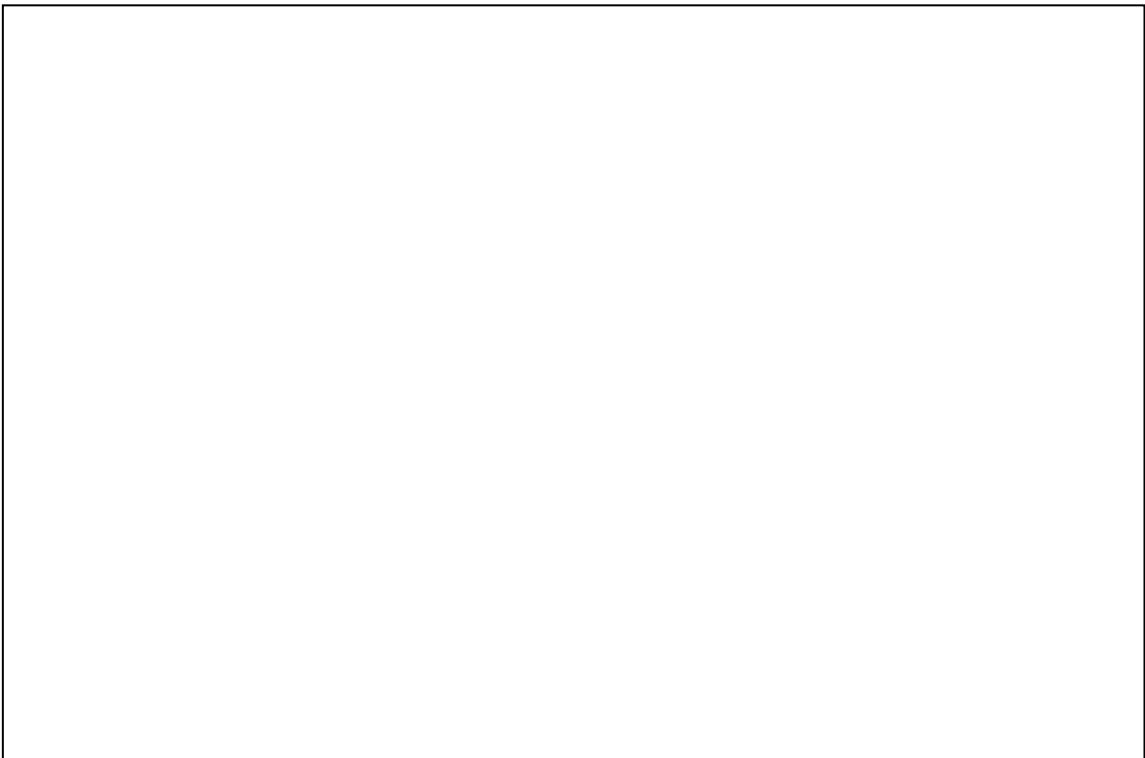
ชื่อร้าน/บริษัท

ที่อยู่

.....



8. รูปถ่ายบริเวณจุดบริการตนเอง



9. รูปถ่ายห้องหรือบริเวณเก็บสำรongs

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

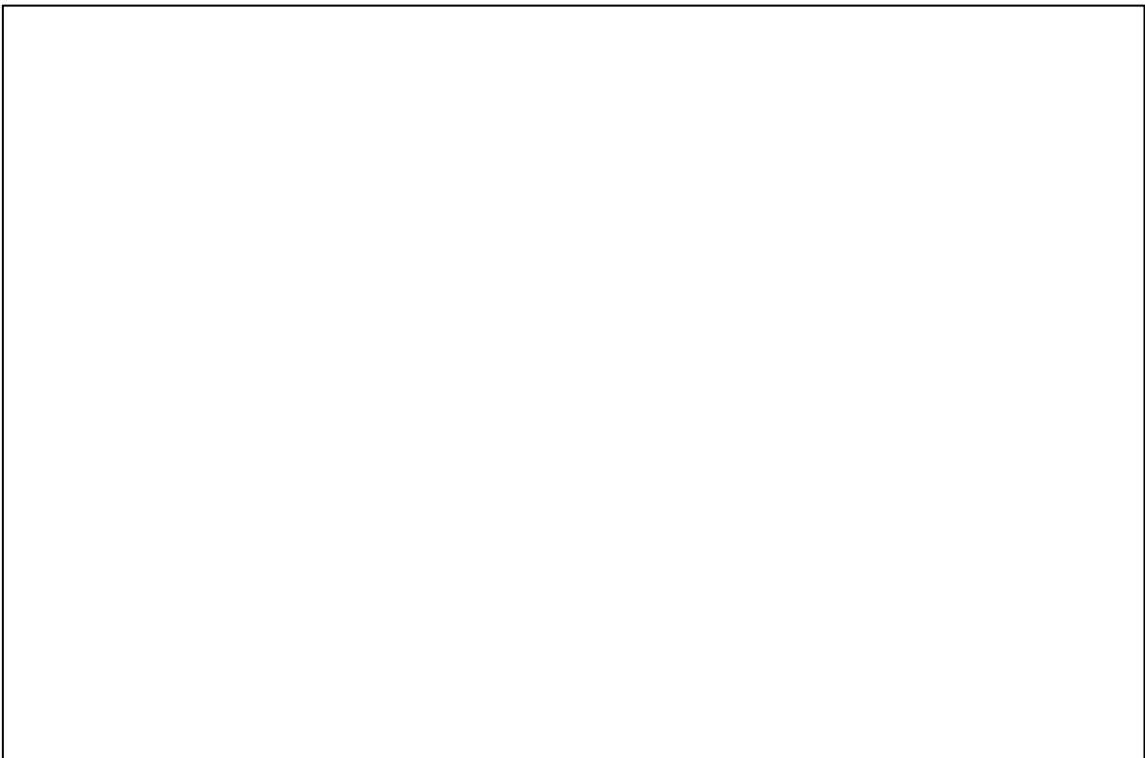
ชื่อร้าน/บริษัท

ที่อยู่

.....



10. รูปถ่ายโต๊ะให้คำปรึกษาพร้อมทั้งป้ายแสดง



11. รูปถ่ายแบบบัญชีต่างๆตามที่กฎกระทรวงกำหนด

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

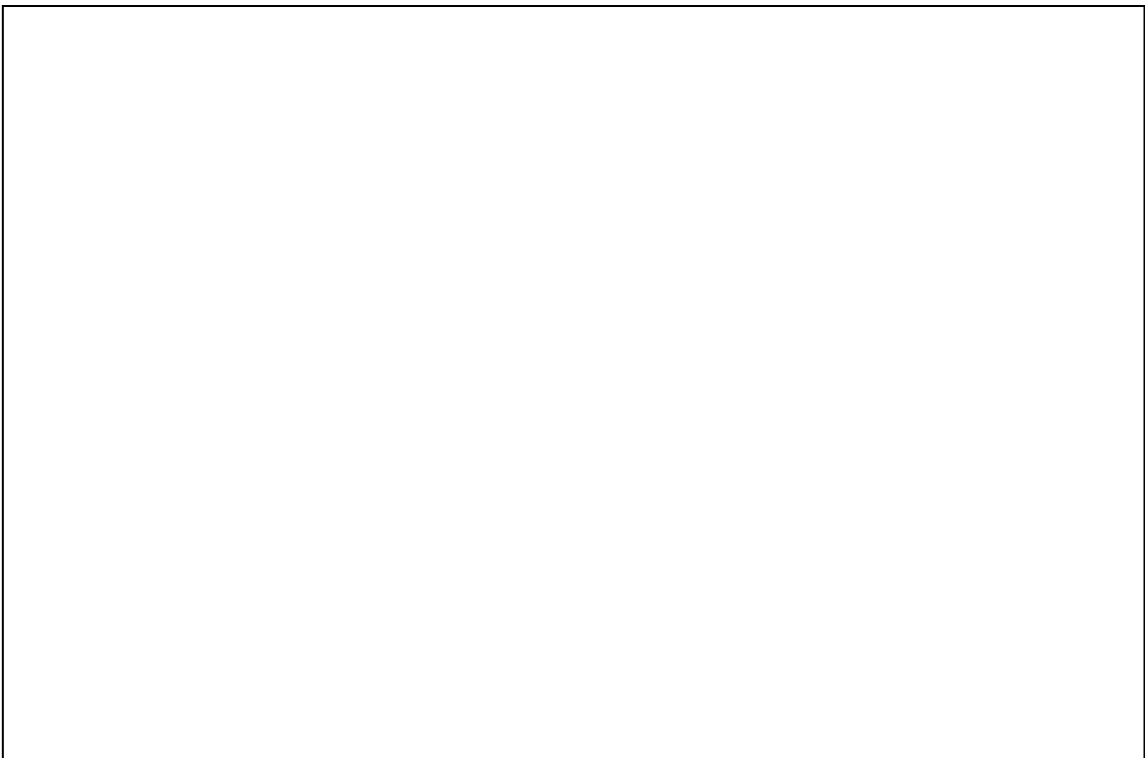
ชื่อร้าน/บริษัท

ที่อยู่

.....



12. เกสซ์กรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (สวมเสื้อกาวน์สีขาว ติดเครื่องหมายสัญลักษณ์ของสภาเภสัชกรรม)



13. เครื่องปรับอากาศ

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

หนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

- ☐ ผู้รับอนุญาต ☐ ผู้ดำเนินการ ☐ ผู้ขออนุญาต
☐ ขยายแผนปัจจุบัน ☐ นำหรือสั่งยาแผนปัจจุบันฯ ☐ ผลิทยาแผนปัจจุบัน
☐ ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
☐ ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์
☐ ขยายแผนโบราณ ☐ นำหรือสั่งยาแผนโบราณฯ ☐ ผลิทยาแผนโบราณ

ของ ร้าน/หจก./หสน./บริษัท.....

ใบอนุญาตเลขที่.....ตั้งอยู่.....

ขอมอบอำนาจให้.....

☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ บัตรประจำตัวข้าราชการ เลขที่.....

ออกให้โดย.....บัตรหมดอายุ.....

เป็นผู้กระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการเกี่ยวกับการขออนุญาต การรับใบอนุญาต การต่อใบอนุญาต การลงนามเป็นผู้ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต การแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาต และกิจการอื่นใดทุกประการ เกี่ยวกับการประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา สำหรับใบอนุญาตดังกล่าวข้างต้น

การใดที่รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายใต้ขอบเขตแห่งการมอบอำนาจนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบและมีผลผูกพันข้าพเจ้าทุกประการ ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

ติด
อากรแสตมป์
30 บาท

หนังสือมอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....(ชื่อและประเภทนิติบุคคล)
สำนักงานใหญ่ ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
โดยมี.....เป็นผู้มีอำนาจจัดการแทนนิติบุคคล ปรากฏตามหนังสือรับรอง
การจดทะเบียนนิติบุคคล กระทรวงพาณิชย์ เลขที่.....ลงวันที่.....
ขอมอบอำนาจและแต่งตั้งให้.....
เป็นผู้ดำเนินการและมีอำนาจกระทำการ หรือมอบอำนาจให้กระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการเกี่ยวกับการขอ
อนุญาต การรับใบอนุญาต การต่ออายุใบอนุญาต และกิจการอื่นใดทุกประการเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา
ไม่รวมถึงการแจ้งเลิกกิจการและการขอเปลี่ยนผู้รับอนุญาต.....

(หมายถึงประเภทใบอนุญาต)

การใดที่ผู้ดำเนินการและผู้รับมอบอำนาจดังกล่าว ได้กระทำให้ไปภายใต้ขอบเขตแห่งการมอบอำนาจนี้
ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบและมีผลผูกพันข้าพเจ้าทุกประการ ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่.....

ติด
อากรแสตมป์
30 บาท

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ
(.....)
(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ
(.....)
(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)
(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)
(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

หมายเหตุ 1. ใช้หนังสือมอบอำนาจนี้ 1 ฉบับ สำหรับใบอนุญาต 1 ประเภท (สำหรับนิติบุคคล)
2. การมอบอำนาจต้องทำตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล