

เลขที่.....
วันที่.....
ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

(ชื่อผู้รับอนุญาต)

ซึ่งมีผู้ดำเนินการ ชื่อ.....(เฉพาะกรณีนิติบุคคล)

เลขที่บัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□

ได้รับอนุญาตให้ ☐ ขายยาแผนปัจจุบัน

☐ ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ

☐ ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์

☐ ขายส่งยาแผนปัจจุบัน

ใบอนุญาตเลขที่..... ณ สถานที่ขายยาชื่อ.....

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

ตำบล/แขวง.....อำเภอ / เขต.....เมืองชลบุรี จังหวัด.....ชลบุรี รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

ขอเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตดังต่อไปนี้

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

(๑) ใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาหรือใบแทน

(๒) เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

(ลายมือชื่อ).....ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

(.....)

คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน

เพื่อเป็นหลักฐานประกอบคำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (แบบ ข.ย.๑๔) ในการเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในร้าน
ขายยาตาม กฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. ๒๕๕๖

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี

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 □-□□□□-□□□□□-□□-□ เป็นผู้มีหน้าที่รับผิดชอบและปฏิบัติงานในตำแหน่ง

ประจำ คือสังกัด(แผนก/ฝ่าย).....

ในหน่วยงานชื่อ.....เวลาปฏิบัติงานในหน่วยงานคือ.....น.

จึงเรียนมาเพื่อทราบ



ตราประทับหน่วยงาน

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง.....

เฉพาะกรณีที่เกษตรกรไม่ได้รับราชการ หรือ ทำงานประจำ (ให้กรอกข้อความ อ่านและลงนามข้างล่างนี้)

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่ได้รับราชการหรือทำงาน

ประจำที่ใด

ทั้งนี้ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อ
เจ้าพนักงาน

ลงชื่อ

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
(เฉพาะสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ)

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..... เมืองชลบุรี

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

วัน/เวลาปฏิบัติการ.....

(๖) ข้าพเจ้ารับทราบและจะปฏิบัติตามหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่กำหนดไว้ ตลอดระยะเวลาที่ข้าพเจ้าเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่แห่งนี้โดยเคร่งครัด

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

- (๑) สำเนาทะเบียนบ้าน
- (๒) สำเนาบัตรประชาชน

(๓) คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน พร้อมตราประทับในกรณีรับราชการหรือทำงาน (ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด)

(๔) เอกสารอื่น ๆ (ถ้าจำเป็น)

ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาด้านแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

กรณีการขอใบอนุญาตใหม่ ให้ทำคำรับรองนี้ต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ให้คำรับรอง

(ลายมือชื่อ)..... พนักงานเจ้าหน้าที่

สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้หน้าที่ปฏิบัติการ
ตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

สัญญาระหว่าง.....ในนามของ.....

เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตรอก/ซอย.....ตำบล.....

อำเภอ.....เมืองชลบุรี.....จังหวัด.....ชลบุรี.....ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “ผู้รับอนุญาต” ฝ่ายหนึ่งกับ.....

() การบำบัดโรคสัตว์

ผู้ประกอบ () โรคศิลปะ แผน.....สาขา.....

() วิชาชีพ.....เภสัชกรรม.....

ชั้น.....ใบอนุญาตเลขที่.....ซึ่งต่อไปในสัญญาเรียกว่า “ผู้หน้าที่ปฏิบัติการ” อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำสัญญานี้เพื่อปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐ ร่วมกันโดยมีข้อความดังต่อไปนี้

๑. ผู้รับอนุญาตยินยอมและตกลงให้ผู้หน้าที่ปฏิบัติการเข้าปฏิบัติหน้าที่ ณ.....
ของผู้รับอนุญาตเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐ ตั้งแต่วันที่ทำสัญญาเป็นต้นไป

๒. ผู้หน้าที่ปฏิบัติการยินยอมรับปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐ ในหน้าที่ที่กำหนดไว้ตามข้อ ๑. ของสัญญานี้ทุกประการ

๓. ผู้รับอนุญาตยินยอมจ่ายค่าเงินทดแทนเป็นรายเดือนให้ผู้หน้าที่ปฏิบัติการ เดือนละ.....บาท
(.....) ภายในวันสิ้นเดือนปฏิทินทุก ๆ เดือน

๔. หนังสือสัญญานี้มีอายุสัญญา จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.....

๕. หากคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดบอกเลิกสัญญานี้ก่อนครบกำหนดตามข้อ ๔. ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้อีกฝ่ายหนึ่งทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า.....วัน และต้องแจ้งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีทราบตามกฎหมายด้วย

๖. หากต้องมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้หน้าที่ปฏิบัติการทำอยู่ เพื่อให้การปฏิบัติการได้เป็นไปโดยถูกต้องตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐ และกฎกระทรวงซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติฯ ฉบับดังกล่าว ผู้รับอนุญาตยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้หน้าที่ปฏิบัติการทุกประการ

๗. ภาษีเงินได้ที่จะต้องเสียตามกฎหมาย ผู้รับอนุญาตและผู้หน้าที่ปฏิบัติการตกลงกันว่า.....เป็นผู้เสีย

๘. หากปรากฏว่า คู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไม่ปฏิบัติตามสัญญานี้แม้แต่ข้อหนึ่งข้อใด สัญญานี้เป็นอันเลิกกันทันที โดยคู่สัญญาไม่ต้องปฏิบัติตามข้อ ๕. และคู่สัญญาที่มีสิทธิฟ้องเรียกค่าเสียหายได้ตามกฎหมายหากมีการฟ้องร้องกันขึ้น ทั้งสองฝ่ายตกลงกันว่าฝ่ายที่ผิดสัญญาจะต้องเป็นผู้ชดเชยค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้อง เช่น ค่าทนายและค่าธรรมเนียมศาล หรืออื่น ๆ เป็นต้น

๙. สัญญานี้ทำขึ้นเป็นสามฉบับมีข้อความตรงกัน คู่สัญญาต่างยึดถือไว้คนละหนึ่งฉบับและมอบให้กองควบคุมยาสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเก็บไว้เป็นหลักฐานหนึ่งฉบับ

คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายต่างเข้าใจข้อความในสัญญานี้ดีแล้ว จึงได้ลงชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ขออนุญาต

(ลงชื่อ).....ผู้หน้าที่ปฏิบัติการ

(ลงชื่อ).....พยาน

(ลงชื่อ).....พยาน

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

เรื่อง ขอแจ้งเลิกเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการฯ
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ด้วย ข้าพเจ้า.....ผู้ขึ้นทะเบียนและรับ
ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ/โรคศิลปะแผน.....ชั้น.....สาขา.....
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/โรคศิลปะเลขที่.....เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ณ สถานที่

☐ ผลิตยา
☐ ขายยา/นำส่งยา
☐ นำเข้าฯ

☐ ยาแผนปัจจุบัน ☐ ยาแผนโบราณ ชื่อ.....

ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522

อยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....เมืองชลบุรี.....จังหวัด.....ชลบุรี

โทรศัพท์มือถือ.....ตามสัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ฉบับลงวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

บัดนี้ ข้าพเจ้าขอแจ้งเลิกเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ณ สถานที่ดังกล่าวข้างต้น เหตุผลที่ขอแจ้งเลิก
ปฏิบัติการคือ.....ทั้งนี้ตั้งแต่วันที่.....
เดือน..... พ.ศ..... เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

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

ลงชื่อ.....
(.....) ผู้รับอนุญาต

ลงชื่อ.....
(.....) พนักงานเจ้าหน้าที่

- ☐ สำเนาบัตรประชาชนผู้รับอนุญาต(เจ้าของร้าน) พร้อมเซ็นรับรองสำเนา ๑ ชุด
- ☐ สำเนาบัตรประชาชนผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ พร้อมเซ็นรับรองสำเนา ๑ ชุด
- ☐ สำเนาใบประกอบวิชาชีพของเภสัชผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ พร้อมเซ็นรับรองสำเนา ๑ ชุด (พร้อมรับรองสำเนาใช้
เพื่อประกอบการแจ้งเลิกการปฏิบัติการเท่านั้น)

หมายเหตุ ให้ใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ต้องการ
ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องแจ้งผู้รับอนุญาตล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๓๐ วัน

คำรับรองของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน
เกี่ยวกับการจัดให้มีเภสัชกรมาอยู่ปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาที่เปิดทำการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

เป็นผู้รับอนุญาตนำเข้ายาแผนปัจจุบันชื่อ.....

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

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

จังหวัด.....ชลบุรี.....โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าได้ทราบ และเข้าใจในหน้าที่ความรับผิดชอบ ของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน
ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.๒๕๑๐ ในการจัดให้มีเภสัชกรอยู่ปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาทำการ และหากข้าพเจ้าไม่
ปฏิบัติตามที่กฎหมายกำหนด ข้าพเจ้าต้องรับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด รวมถึงอาจไม่สามารถต่ออายุใบอนุญาตได้
ตามเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวงว่าด้วยการขออนุญาต และการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ.๒๕๕๖

ข้าพเจ้าอ่าน และเข้าใจถ้อยคำดังกล่าวทั้งหมด จึงลงลายมือชื่อเป็นสำคัญ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้รับอนุญาต

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

.....

1. บ้ายแสดงสถานที่ประกอบการ และบ้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

2. เกสัซกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (สวมเสื้อกาวนสีขาว ติดเครื่องหมายสัญลักษณ์ของสภาเกสัซกรรม พร้อมบ้ายแสดงบนเสื้อว่าเป็นเกสัซกร)

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....