

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 ข้าพเจ้า**ไม่ได้รับราชการหรือทำงาน****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)

ใบประกอบวิชาชีพ / 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.....เกษตรกรรม.....

ชั้น.....ใบอนุญาตเลขที่.....ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “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. และคู่สัญญาที่มีสิทธิจะฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายได้ตามกฎหมายหากมีการฟ้องร้องกันขึ้น ทั้งสองฝ่ายตกลงกันว่าฝ่ายที่ผิดสัญญาจะต้องเป็นผู้ชดใช้ค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้อง เช่น ค่าทนายและค่าธรรมเนียมศาล หรืออื่น ๆ เป็นต้น

๙. สัญญานี้ทำขึ้นเป็นสามฉบับมีข้อความตรงกัน คู่สัญญาต่างยึดถือไว้คนละหนึ่งฉบับและมอบให้กองควบคุมยา
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเก็บไว้เป็นหลักฐานหนึ่งฉบับ

คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายต่างเข้าใจข้อความในสัญญานี้ดีแล้ว จึงได้ลงชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ขออนุญาต

(ลงชื่อ).....ผู้หน้าที่ปฏิบัติการ

(ลงชื่อ).....พยาน

(ลงชื่อ).....พยาน

คำรับรองของผู้รับอนุญาตนำเข้ายาแผนปัจจุบัน
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 ของผู้รับอนุญาตนำเข้ายาแผนปัจจุบัน
ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.๒๕๑๐ ในการจัดให้มีเภสัชกรอยู่ปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาทำการ และหากข้าพเจ้าไม่
ปฏิบัติตามที่กฎหมายกำหนด ข้าพเจ้าต้องรับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด รวมถึงอาจไม่สามารถต่ออายุใบอนุญาตได้
ตามเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวงว่าด้วยการขออนุญาต และการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ.๒๕๕๖

ข้าพเจ้าอ่าน และเข้าใจถ้อยคำดังกล่าวทั้งหมด จึงลงลายมือชื่อเป็นสำคัญ

(ลงชื่อ).....

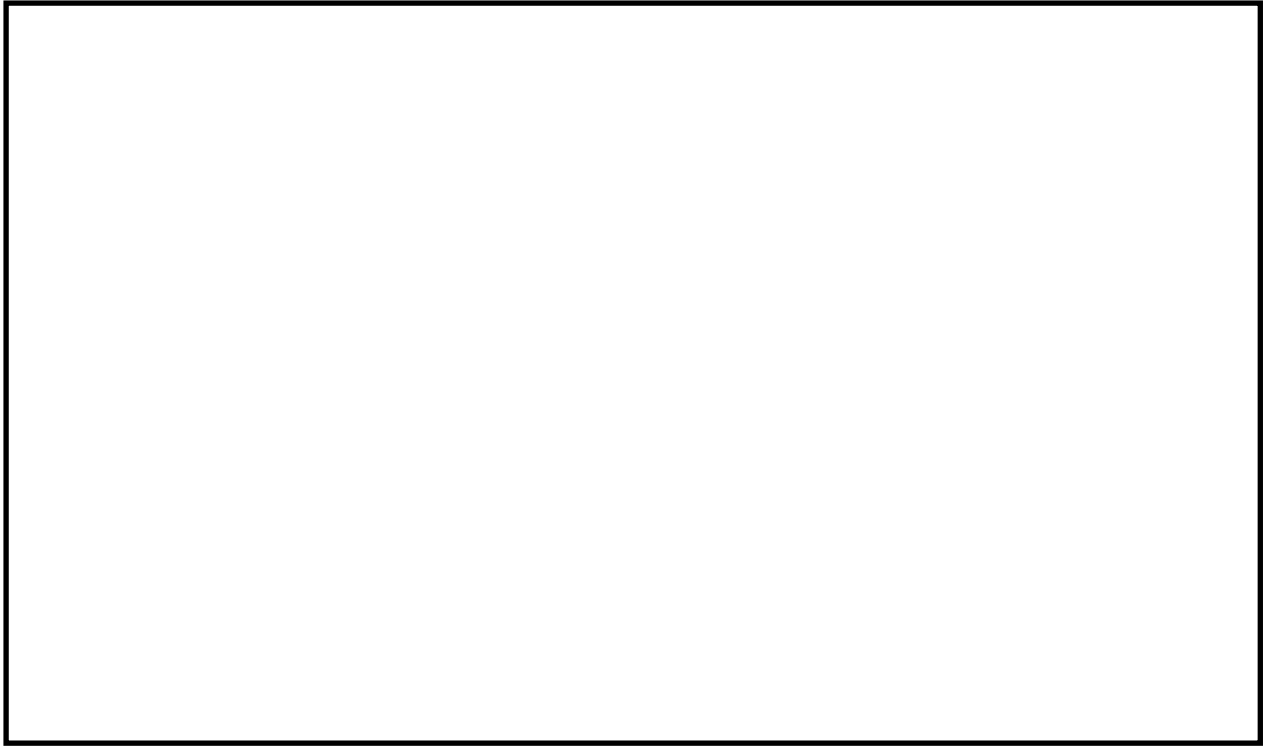
(.....)

ผู้รับอนุญาต

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่อยู่.....

.....



1.ป้ายแสดงเวลาทำการเปลี่ยนแปลงเวลา หรือ เบอร์โทรศัพท์

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....