แบบตรวจสอบเอกสารคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตด้านยา

<u>กรณีย้ายสถานที่ , เพิ่มสถานที่เก็บ , ลด/ขยายสถานที่</u>

ชื่อ-สกุล ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ.....วันที่ยื่นเอกสาร.....

ชื่อสถานที่ขาย/ผลิต/นำสั่ง.....โทรศัพท์.....

เลขที่ใบอนุญาตขาย/ผลิต/นำสั่ง.....E-mail.....

ที่	รายการตรวจสอบเอกสาร	ผู้ยื่นคำขอ	เจ้าหน้าที่ สสอ.	เจ้าหน้าที่ สสจ.
1.	คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง (ตามประเภทใบอนุญาต)	☐	☐	☐
2.	รูปถ่ายของผู้รับอนุญาต ขนาด 3X4 ซม. (3รูป) ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน พื้นหลังเรียบ/หน้าตรง/ไม่ยิ้ม/ไม่สวมหมวก/แว่นดำ	☐	☐	☐
3.	สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ใหม่	☐	☐	☐
4.	สำเนาสัญญาเช่า (กรณีเช่าสถานที่) หรือ หนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่<u>กรณีนามสกุลเดียวกันหรือผูกพันธ์เป็นเครือญาติ</u>	☐	☐	☐
5.	เอกสารยืนยันกรรมสิทธิ์ของสถานที่ที่ขออนุญาต (เลือกตัวเลือกต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ) ☐ สำเนาสัญญาซื้อ-ขาย สิ่งปลูกสร้างฯ, ☐ สำเนาใบอนุญาตก่อสร้าง, ☐ สำเนาเอกสารอ้างกรรมสิทธิ์ เช่น โฉนด <u>*กรณีเช่าสถานที่ผู้ให้เช่าต้องเป็นเจ้าของกรรมสิทธิ์</u>	☐	☐	☐
6.	สำเนาบัตรประชาชนของเจ้าของสถานที่ที่ขออนุญาต	☐	☐	☐
7.	รูปถ่าย แผนที่ , แผนผังของสถานที่ (แบบฟอร์มรูป ใช้ตามประเภทใบอนุญาต)	☐	☐	☐
8.	บันทึกผลการตรวจสถานที่	☐	☐	☐
9.	**ใบอนุญาตฉบับจริง**	☐	☐	☐
10.	<u>กรณีนิติบุคคล</u> : ย้ายสถานที่ในหนังสือรับรองนิติบุคคล ให้แนบสำเนาหนังสือรับรองบริษัทที่มีสถานที่แห่งใหม่ โดยออกมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน (ต้องได้รับรองการจดทะเบียน สถานที่ใหม่กับกระทรวงพาณิชย์เรียบร้อยแล้ว)	☐	☐	☐
11.	หนังสือมอบอำนาจกระทำการแทนกรณีไม่สามารถติดต่อด้วยตนเอง พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบและผู้รับมอบอำนาจ พร้อมติดอากรแสตมป์ 10 บาท	☐	☐	☐

***เอกสารที่เป็นสำเนาต้องลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง<u>ทุกหน้า</u>**

☐ ค่าคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต 500 บาท **(ม.44)** ใบเสร็จรับเงินเล่มที่ .....เลขที่.....วันที่.....

ลงชื่อ.....(ผู้ยื่นคำขอ)
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....(ผู้รับคำขอ)
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....(ผู้ตรวจสอบ)
(.....)
วันที่.....

ดาวน์โหลดเอกสารประกอบการขออนุญาตด้านยาได้จาก QR CODE นี้

<u>โปรดจัดเรียงลำดับเอกสารตามรายการข้างต้น</u>

กรณีพบข้อบกพร่องต้องมีการแก้ไขเพิ่มเติม เมื่อเจ้าหน้าที่รับเอกสารแล้วผู้ยื่นเอกสารจะแก้ไขเพิ่มเติมและส่งเอกสารให้แล้วเสร็จภายในวัน.....

สอบถามเพิ่มเติมที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง หรือ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี งานใบอนุญาตด้านยา โทร. ๐ ๓๘๙๓ ๒๔๕๐ ต่อ ๒๔๘๖ หรือ ๐ ๓๘๙๓ ๒๔๕๐ ต่อ ๒๔๘๔