แบบตรวจสอบเอกสารคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตด้านยา

○ **<u>กรณีเปลี่ยนเวลาทำการ , เบอร์โทรศัพท์, E-mail</u>**

○ **<u>กรณีเปลี่ยนคำนำหน้า/ชื่อตัว /ชื่อสกุล</u>**

○ **<u>กรณีเปลี่ยนชื่อสถานที่ขายฯ ,นำสั่งฯ ,ผลิต ฯ</u>**

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

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

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

ที่	รายการตรวจสอบเอกสาร	ผู้ยื่น คำขอ	เจ้าหน้าที่ สสอ.	เจ้าหน้าที่ สสจ.
	➢ **กรณีเปลี่ยนเวลาทำการ , เบอร์โทรศัพท์, E-mail**			
1.	คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง (ตามประเภทใบอนุญาต)	☐	☐	☐
2.	รูปถ่ายของผู้รับอนุญาต ขนาด 3X4 ซม. (3รูป) ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน พื้นหลังเรียบ/หน้าตรง/ไม่ยิ้ม/ไม่สวมหมวก/แว่นดำ	☐	☐	☐
3.	รูปถ่าย แสดงการเปลี่ยนแปลง เวลาทำการ หรือ เบอร์โทรศัพท์ หรือ E-mail ในสถานที่จริงพร้อมลงลายมือชื่อรับรอง	☐	☐	☐
4.	**ใบอนุญาตฉบับจริง**	☐	☐	☐
5.	หนังสือมอบอำนาจกระทำการแทนกรณีไม่สามารถติดต่อด้วยตนเอง พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบและผู้รับมอบอำนาจ พร้อมติดอากรแสตมป์ 10 บาท	☐	☐	☐
	➢ **กรณีเปลี่ยนคำนำหน้า/ชื่อตัว /ชื่อสกุล**			
1.	คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง (ตามประเภทใบอนุญาต)	☐	☐	☐
2.	รูปถ่ายของผู้รับอนุญาต ขนาด 3X4 ซม. (3รูป) ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน พื้นหลังเรียบ/หน้าตรง/ไม่ยิ้ม/ไม่สวมหมวก/แว่นดำ	☐	☐	☐
3.	เอกสารแสดงการเปลี่ยนคำนำหน้า หรือ ชื่อตัว หรือ ชื่อสกุล	☐	☐	☐
4.	รูปถ่าย แสดงการเปลี่ยนแปลง คำนำหน้า หรือ ชื่อตัว หรือ ชื่อสกุล ในสถานที่จริงพร้อมลงลายมือชื่อรับรอง	☐	☐	☐
5.	**ใบอนุญาตฉบับจริง**	☐	☐	☐
6.	หนังสือมอบอำนาจกระทำการแทนกรณีไม่สามารถติดต่อด้วยตนเอง พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบและผู้รับมอบอำนาจ พร้อมติดอากรแสตมป์ 10 บาท	☐	☐	☐
	➢ **กรณีเปลี่ยนชื่อสถานที่ขายฯ ,นำสั่งฯ ,ผลิต ฯ**			
1.	คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง (ตามประเภทใบอนุญาต)	☐	☐	☐
2.	รูปถ่ายของผู้รับอนุญาต ขนาด 3X4 ซม. (3รูป) ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน พื้นหลังเรียบ/หน้าตรง/ไม่ยิ้ม/ไม่สวมหมวก/แว่นดำ	☐	☐	☐
3.	รูปถ่าย แสดงการเปลี่ยนแปลงชื่อสถานที่ขายฯ ,นำสั่งฯ ,ผลิต ฯ ในสถานที่จริงพร้อมลงลายมือชื่อรับรอง	☐	☐	☐
4.	**ใบอนุญาตฉบับจริง**	☐	☐	☐
5.	หนังสือมอบอำนาจกระทำการแทนกรณีไม่สามารถติดต่อด้วยตนเอง พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบและผู้รับมอบอำนาจ พร้อมติดอากรแสตมป์ 10 บาท	☐	☐	☐

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

☐ ค่าคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต 300 บาท **(ม.44)** ใบเสร็จรับเงินเล่มที่ ....เลขที่...................วันที่......................................

ลงชื่อ...(ผู้ยื่นคำขอ)
(..)
วันที่..

ลงชื่อ...(ผู้รับคำขอ)
(..)
วันที่..

ลงชื่อ...(ผู้ตรวจสอบ)
(..)
วันที่..

ดาวน์โหลดเอกสารประกอบการขออนุญาตด้านยาได้จาก QR CODE **นี้**

<u>โปรดจัดเรียงลำดับเอกสารตามรายการข้างต้น</u>

กรณีพบข้อบกพร่องต้องมีการแก้ไขเพิ่มเติม เมื่อเจ้าหน้าที่รับเอกสารแล้วผู้ยื่นเอกสารจะแก้ไขเพิ่มเติมและส่งเอกสารให้แล้วเสร็จภายในวัน.......................
ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง หรือ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
งานใบอนุญาตด้านยา (ภญ.สุปราณี สิงหพีระกุล) โทร. ๐ ๓๘๙๓ ๒๔๘๔ หรือ ๐ ๓๘๙๓ ๒๔๘๖