

แบบตรวจสอบเอกสารคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตด้านยา

- กรณีเปลี่ยนเวลาทำการ , เบอร์โทรศัพท์, E-mail
- กรณีเปลี่ยนคำนำหน้า/ชื่อตัว /ชื่อสกุล
- กรณีเปลี่ยนชื่อสถานที่ขายฯ , นำส่งฯ ,ผลิต ฯ

ชื่อ-สกุล ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ.....วันที่ยื่นเอกสาร.....
 ชื่อสถานที่ขาย/ผลิต/นำส่ง.....โทรศัพท์.....
 เลขที่ใบอนุญาตขาย/ผลิต/นำส่ง.....E-mail.....

ที่	รายการตรวจสอบเอกสาร	ผู้ยื่น คำขอ	เจ้าหน้าที่ ที่ สสอ.	เจ้าหน้าที่ ที่ สสจ.
☐ กรณีเปลี่ยนเวลาทำการ , เบอร์โทรศัพท์, E-mail				

๑. คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง (ตามประเภทใบอนุญาต)	☐	☐	☐
๒. รูปถ่ายของผู้รับอนุญาต ขนาด ๓X๔ ซม. (รูป) ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน พื้นหลังเรียบ/หน้าตรง/ไม่ยิ้ม/ไม่สวมหมวก/แว่นดำ	☐	☐	☐
๓. รูปถ่าย แสดงการเปลี่ยนแปลง เวลาทำการ หรือ เบอร์โทรศัพท์ หรือ E-mail ในสถานที่จริงพร้อมลงลายมือชื่อรับรอง	☐	☐	☐
๔. ใบอนุญาตฉบับจริง	☐	☐	☐
๕. หนังสือมอบอำนาจกระทำการแทนกรณีไม่สามารถติดต่อด้วยตนเอง พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบและผู้รับมอบอำนาจ พร้อมติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท	☐	☐	☐

☐ กรณีเปลี่ยนคำนำหน้า/ชื่อตัว /ชื่อสกุล				
---	--	--	--	--

๑. คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง (ตามประเภทใบอนุญาต)	☐	☐	☐
๒. รูปถ่ายของผู้รับอนุญาต ขนาด ๓X๔ ซม. (รูป) ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน พื้นหลังเรียบ/หน้าตรง/ไม่ยิ้ม/ไม่สวมหมวก/แว่นดำ	☐	☐	☐
๓. เอกสารแสดงการเปลี่ยนคำนำหน้า หรือ ชื่อตัว หรือ ชื่อสกุล	☐	☐	☐
๔. รูปถ่าย แสดงการเปลี่ยนแปลง คำนำหน้า หรือ ชื่อตัว หรือ ชื่อสกุล ในสถานที่จริงพร้อมลงลายมือชื่อรับรอง	☐	☐	☐
๕. ใบอนุญาตฉบับจริง	☐	☐	☐
๖. หนังสือมอบอำนาจกระทำการแทนกรณีไม่สามารถติดต่อด้วยตนเอง พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบและผู้รับมอบอำนาจ พร้อมติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท	☐	☐	☐

☐ กรณีเปลี่ยนชื่อสถานที่ขายฯ , นำส่งฯ ,ผลิต ฯ				
---	--	--	--	--

๑. คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง (ตามประเภทใบอนุญาต)	☐	☐	☐
๒. รูปถ่ายของผู้รับอนุญาต ขนาด ๓X๔ ซม. (รูป) ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน พื้นหลังเรียบ/หน้าตรง/ไม่ยิ้ม/ไม่สวมหมวก/แว่นดำ	☐	☐	☐
๓. รูปถ่าย แสดงการเปลี่ยนแปลงชื่อสถานที่ขายฯ , นำส่งฯ ,ผลิต ฯ ในสถานที่จริงพร้อมลงลายมือชื่อรับรอง	☐	☐	☐
๔. ใบอนุญาตฉบับจริง	☐	☐	☐
๕. หนังสือมอบอำนาจกระทำการแทนกรณีไม่สามารถติดต่อด้วยตนเอง พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบและผู้รับมอบอำนาจ พร้อมติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท	☐	☐	☐

***เอกสารที่เป็นสำเนาต้องลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องทุกหน้า**

☐ ค่าคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต ๓๐๐ บาท (ม.๔๔) ใบเสร็จรับเงินเล่มที่เลขที่.....วันที่.....

ลงชื่อ.....(ผู้ยื่นคำขอ) ลงชื่อ.....(ผู้รับคำขอ) ลงชื่อ.....(ผู้ตรวจสอบ)
 (.....)
 วันที่..... วันที่..... วันที่.....



← ดาวน์โหลดเอกสารประกอบการขออนุญาตด้านยาได้จาก QR CODE นี้

โปรดจัดเรียงลำดับเอกสารตามรายการข้างต้น

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