

การขอเปลี่ยน/เพิ่มผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ข้อความที่แสดงในป้าย	สีพื้น	สีตัวอักษร	ขนาดป้าย	ความสูงของตัวอักษร
1. สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน	น้ำเงิน	ขาว	ไม่ต่ำกว่า 20x70 ซม.	ไม่ต่ำกว่า 3 ซม.
2. สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน เฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ	เขียว	ขาว	“	“
3. สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน เฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์	แดง	ขาว	“	“
4. สถานที่ขายยาแผนโบราณ	เขียว	ขาว	“	“
5. สถานที่ผลิตยาแผนปัจจุบัน	เขียว	ขาว	“	“
6. สถานที่ผลิตยาแผนโบราณ	เขียว	ขาว	“	“
7. สถานที่นำหรือส่งยาแผนโบราณเข้ามาในราชอาณาจักร	เขียว	ขาว	“	“
8. สถานที่นำหรือส่งยาแผนปัจจุบันเข้า	เขียว	ขาว	“	“
9 ชื่อตัว ชื่อสกุลวิθυνฐานะ และเวลาปฏิบัติการของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	ตามประเภทใบอนุญาตนั้นๆ	ตามประเภทใบอนุญาตนั้นๆ	ไม่ต่ำกว่า 20x70 ซม.	“

ตัวอย่าง แบบป้ายแสดงสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน

สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน



ภ.54321

นางสาวเกศัช เขียวมะกอก ภ.บ.

เวลาปฏิบัติการ 09.00-20.00 น.

แบบตรวจเอกสารการขอเปลี่ยน/เพิ่มผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

สถานที่ชื่อ.....

ชื่อ-สกุล ผู้ยื่นคำขอฯ/ผู้รับมอบอำนาจ.....

โทรศัพท์..... E-Mail

***โปรดนำเอกสารนี้ และใบรับคำขอ
แบบมาพร้อมการแก้ไขข้อบกพร่อง
(ถ้ามี) ในครั้งต่อไป***

ผู้ยื่นคำขอต้องจัดเรียงเอกสารตามบัญชีรายการด้านล่างนี้ และตรวจสอบตนเอง

ลำดับ	รายละเอียดการตรวจสอบเอกสาร	จำนวน	เจ้าหน้าที่ ตรวจสอบ ครั้งที่.....	เจ้าหน้าที่ ตรวจสอบ ครั้งที่.....	บันทึกข้อบกพร่อง
1	แบบคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต (แบบ ข.ย. 17)	1			
2	ใบอนุญาตขายา หรือใบแทน (ฉบับจริง)	1			
3	สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินการ	1			
4	สำเนาแจ้งเลิกปฏิบัติการเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ คนเดิม	1			
เฉพาะนิติบุคคล		1			
5	สำเนาหนังสือรับรองบริษัท พร้อมวัตถุประสงค์ (เช่นรับรอง/ ประทับตราบริษัท)	1			
เอกสารที่ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ		1			
6	คำรับรองของผู้รับอนุญาตขายาแผนปัจจุบันเกี่ยวกับการจัดให้มีเภสัชกรมาอยู่ปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาเปิดทำการ	1			
7	สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (ตรวจสอบแล้วคืน 2 ฉบับ ให้ผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเก็บคนละฉบับ)	1			
8	คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (แบบ ข.ย.14) ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องมาสมภาษณ์ และเซ็นชื่อต่อหน้าเจ้าหน้าที่	1			
9	คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน พร้อมตราประทับ กรณีผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทำงานประจำ (กรณีไม่ทำงานประจำ ให้ลงนามรับรองว่าไม่มีงานประจำในกรอบสี่เหลี่ยมด้านล่างเท่านั้น)	1			
10	สำเนาบัตรประชาชนของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	1			
11	สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	1			
12	ใบรับรองแพทย์ (ต้องระบุโรคต้องห้ามตามกฎหมายฯ ได้แก่ โรคเรื้อน, วัณโรคในระยะอันตราย, โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม, โรคติดยาเสพติดให้โทษ, โรคพิษสุราเรื้อรัง) ต้องไม่เกิน 1-3 เดือน แล้วแต่กรณี	1			

ลำดับ	รายละเอียดการตรวจสอบเอกสาร	จำนวน	เจ้าหน้าที่ ตรวจสอบ ครั้งที่.....	เจ้าหน้าที่ ตรวจสอบ ครั้งที่.....	บันทึกข้อบกพร่อง
13	สำเนาใบประกอบโรคศิลปะหรือใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม	1			
14	หนังสือรับรองการพัฒนาสมรรถนะหรือความพร้อมของเภสัชกร ในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมใบร้านยา หรือใบเสร็จรับเงิน เข้าร่วมการอบรม	1			
15	สำเนาแจ้งเลิกปฏิบัติการเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตาม พ.ร.บ ยา พ.ศ. 2510 (กรณีที่เคยเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการที่อื่นมาก่อน)	1			
16	หนังสือรับรองการพักอาศัย (กรณีทะเบียนบ้านอยู่ต่างจังหวัด) - สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับรองการพักอาศัย - สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับรองการพักอาศัย	1			
17	บันทึกข้อตกลงรับทราบข้อกำหนด				
รูปถ่ายแสดงรายละเอียดสถานที่ที่ขออนุญาต					
18	17.1 ภาพด้านหน้าสถานที่ (ป้าย, เลขที่ตั้ง)	1			
	17.2 ป้ายแสดงประเภทสถานประกอบการและป้ายผู้มีหน้าที่ ปฏิบัติการ	1			
กรณีมอบอำนาจ (ผู้ขออนุญาตไม่ได้มาติดต่อยื่นเอกสารด้วยตนเอง)					
19	หนังสือมอบอำนาจทำการแทน (ติดอากรแสตมป์ 10/30 บาท)	1			
20	สำเนาบัตรประชาชน ของผู้มอบอำนาจ	1			
21	สำเนาบัตรประชาชน ของผู้รับมอบอำนาจ	1			

สรุปผลการตรวจสอบเอกสาร

ตรวจสอบเอกสาร ครั้งที่.....(ว/ด/ป , เวลา).....

ขาดเอกสารหมายเลขและรายละเอียดที่ต้องแก้ไข.....

.....

.....

ลงชื่อ.....(ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ)

ลายมือชื่อ.....

(.....)

(เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจเอกสาร)

สรุปผลการตรวจสอบเอกสาร

ตรวจสอบเอกสาร ครั้งที่.....(ว/ด/ป , เวลา).....

ขาดเอกสารหมายเลขและรายละเอียดที่ต้องแก้ไข.....

.....

.....

ลงชื่อ.....(ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ) ลายมือชื่อ.....

(.....) (เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจเอกสาร)

ตรวจสอบเอกสาร ครั้งที่.....(ว/ด/ป , เวลา).....

ขาดเอกสารหมายเลขและรายละเอียดที่ต้องแก้ไข.....

.....

.....

ลงชื่อ.....(ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ) ลายมือชื่อ.....

(.....) (เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจเอกสาร)

ลงลายมือชื่อรับทราบผลการรับคำขอ	(สำหรับเจ้าหน้าที่) สรุปผลการรับคำขอ
<p>ครั้งที่ 1 (ยื่นคำขอครั้งแรก)</p> <p>ลงชื่อ.....(ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ) (.....) วันที่.....</p> <p>รับทราบข้อบกพร่อง และจะแก้ไขให้แล้วเสร็จภายใน 10 วันทำการนับแต่ วันที่ถัดจากวันที่รับคำขอ (ถ้ามี)</p> <p>ลงชื่อ.....(ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ) (.....) วันที่.....</p>	<p>ครั้งที่ 1 (ยื่นคำขอครั้งแรก)</p> <p><input type="checkbox"/> รับคำขอเฉพาะเอกสารครบถ้วน</p> <p><input type="checkbox"/> รับคำขอแต่มีเงื่อนไข เพราะเอกสารไม่ถูกต้องพบข้อบกพร่องตามที่ระบุไว้ข้างต้น ต้องแก้ไขให้แล้วเสร็จ ภายใน 10 วันทำการ นับแต่วันถัดจากวันที่รับคำขอหากพ้นกำหนดจะยกเลิกและส่งคืนคำขอต่อไป (ให้ผู้ยื่นคำขอลงนามรับทราบและรับสำเนาบันทึก)</p> <p>ลงชื่อเจ้าหน้าที่ตรวจสอบเบื้องต้น..... วันที่.....</p> <p>ลงชื่อพนักงานเจ้าหน้าที่..... วันที่.....</p>
<p>ครั้งที่ 2 (การแก้ไขข้อบกพร่อง)</p> <p>ข้าพเจ้าได้ยื่นเอกสารการแก้ไขข้อบกพร่องไว้จำนวน.....รายการตามที่ระบุไว้ในบันทึกข้อบกพร่องแล้ว</p> <p>ลงชื่อ.....(ผู้ยื่นเอกสารแก้ไขข้อบกพร่อง/ผู้รับมอบอำนาจ) (.....) วันที่.....</p> <p>คืนคำขอ</p> <p>ลงชื่อ.....(ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ) (.....) วันที่.....</p>	<p>ครั้งที่ 2 (การแก้ไขข้อบกพร่อง)</p> <p><input type="checkbox"/> แก้ไขข้อบกพร่อง ถูกต้อง ครบถ้วน</p> <p>ลงชื่อเจ้าหน้าที่เจ้าของเรื่อง..... วันที่.....</p> <p><input type="checkbox"/> ขอส่งคืนคำขอและเอกสารประกอบทั้งหมด เนื่องจาก</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มาแก้ไขข้อบกพร่องภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มาแก้ไขข้อบกพร่องภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>ท่านมีสิทธิ์ยื่นคำขอใหม่โดยจัดเตรียมเอกสารให้ถูกต้องครบถ้วน และสอดคล้องเป็นไปตามกฎหมาย หรือจะอุทธรณ์การคืนคำขอครั้งนี้ก็ได้ โดยขอให้ยื่นอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ได้ ภายใน.....วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ได้รับแจ้ง</p> <p style="text-align: right;">จึงเรียบมาเพื่อโปรดทราบ</p> <p>ลงชื่อเจ้าหน้าที่เจ้าของเรื่อง..... วันที่.....</p>

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อ ผู้ยื่นคำขอ

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า

(ชื่อผู้รับอนุญาต)

มีผู้ดำเนินการ ชื่อ (เฉพาะกรณีนิติบุคคล)

เลขที่บัตรประชาชน

- ได้รับอนุญาตให้
- ขายยาแผนปัจจุบัน
 - ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
 - ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์
 - ขายส่งยาแผนปัจจุบัน

ใบอนุญาตเลขที่ ณ สถานที่ขายยาชื่อ

ตั้งอยู่เลขที่ ตรอก / ซอย ถนน

หมู่ที่ ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ

ขอเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต ดังต่อไปนี้

.....

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

- (๑) ใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาหรือใบแทน
- (๒) เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง

(ลายมือชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....) ตัวบรรจง)

(ลายมือชื่อ) ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

(.....) ตัวบรรจง)

บันทึกข้อตกลงรับทราบข้อกำหนด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ สถานที่ชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... ตรอก/ซอย.....

ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัดนนทบุรี โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐ จากพนักงานเจ้าหน้าที่ในการดำเนินการและปฏิบัติหน้าที่ ณ สถานที่ ขายยา (ประเภท ขายยาแผนปัจจุบัน ขายส่งยาแผนปัจจุบัน ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์) หรือ สถานที่นำหรือส่งยา ของข้าพเจ้า ดังนี้

ข้าพเจ้าเป็นเภสัชกรชั้นหนึ่งตามมาตรา ๒๑ ต้องประจำอยู่ ณ สถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตลอดเวลาที่เปิดทำการ ซึ่งถ้าข้าพเจ้าไม่อยู่ตลอดเวลาที่เปิดทำการ จะเป็นการกระทำฝ่าฝืนพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐ มาตรา ๓๙ มีโทษตามมาตรา ๑๐๙ ต้องระวางโทษปรับตั้งแต่หนึ่งพันถึงห้าพันบาท และข้าพเจ้ายังมีหน้าที่ต้องปฏิบัติ ตามมาตรา ๓๙ (๑) - (๘) อาทิเช่น ต้องควบคุมการส่งมอบยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ หรือยาตามใบสั่งยาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรค ศิลปะแผนปัจจุบัน หรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ และควบคุมการทำบัญชียาตามมาตรา ๒๖ (๖) เป็นต้น ซึ่งถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามหน้าที่ดังกล่าวจะเป็นการกระทำฝ่าฝืนพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐ มาตรา ๓๙ มีโทษตามมาตรา ๑๐๙ ต้องระวางโทษปรับตั้งแต่หนึ่งพันถึงห้าพันบาท

ข้าพเจ้าเป็นเภสัชกรชั้นหนึ่งตามมาตรา ๒๑ ทวิ ต้องประจำอยู่ ณ สถานที่ขายส่งยาแผนปัจจุบันหรือสถานที่เก็บยาตลอดเวลาที่เปิดทำการ ซึ่งถ้าข้าพเจ้าไม่อยู่ตลอดเวลาที่เปิดทำการ จะเป็นการกระทำฝ่าฝืนพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐ มาตรา ๔๐ ทวิ มีโทษตามมาตรา ๑๐๙ ต้องระวางโทษปรับตั้งแต่หนึ่งพันถึงห้าพันบาท และให้มีหน้าที่ต้องปฏิบัติ ตามมาตรา ๔๐ ทวิ (๑) - (๕) อาทิเช่น ต้องควบคุมการขายส่งยาแผนปัจจุบัน ควบคุมการทำบัญชียาตามมาตรา ๒๖ (๖) ซึ่งถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามหน้าที่ดังกล่าว จะเป็นการกระทำฝ่าฝืนพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐ มาตรา ๔๐ ทวิ มีโทษตามมาตรา ๑๐๙ ต้องระวางโทษปรับตั้งแต่หนึ่งพันถึงห้าพันบาท

ข้าพเจ้าเป็นเภสัชกรชั้นหนึ่งหรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ตามมาตรา ๒๓ ต้องประจำอยู่ ณ สถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์ตลอดเวลาที่เปิดทำการ ซึ่งถ้าข้าพเจ้าไม่อยู่ตลอดเวลาที่เปิดทำการ จะเป็นการกระทำ ฝ่าฝืนพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐ มาตรา ๔๒ มีโทษตามมาตรา ๑๐๙ ต้องระวางโทษปรับตั้งแต่หนึ่งพันถึงห้าพันบาท และให้มีหน้าที่ปฏิบัติ ตามมาตรา ๔๒ (๑) - (๖) อาทิเช่น ควบคุมการส่งมอบยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์ที่เป็นอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ ควบคุมการทำบัญชียาตามมาตรา ๒๖ (๖) ซึ่งถ้าข้าพเจ้าไม่

/ปฏิบัติตามหน้าที่ดังกล่าว...

ปฏิบัติตามหน้าที่ดังกล่าว จะเป็นการกระทำฝ่าฝืนพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐ มาตรา ๔๒ มีโทษตามมาตรา ๑๐๙ ต้องระวางโทษปรับตั้งแต่หนึ่งพันถึงห้าพันบาท

ข้าพเจ้าเป็นเภสัชกรชั้นหนึ่งตามมาตรา ๒๔ ต้องประจำอยู่ ณ สถานที่นำหรือส่งยาเข้ามาในราชอาณาจักรหรือสถานที่เก็บยาตลอดเวลาที่เปิดทำการ ซึ่งถ้าข้าพเจ้าไม่อยู่ตลอดเวลาที่เปิดทำการ จะเป็นการกระทำฝ่าฝืนพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐ มาตรา ๔๔ มีโทษตามมาตรา ๑๐๙ ต้องระวางโทษปรับตั้งแต่หนึ่งพันถึงห้าพันบาท และให้มีหน้าที่ปฏิบัติ ตามมาตรา ๔๔ (๑) - (๘) อาทิเช่น ควบคุมการขายยาให้เป็นไปตามมาตรา ๓๙ ควบคุมการทำบัญชีและการเก็บยาตัวอย่างตามมาตรา ๒๗ (๖) ควบคุมการนำหรือส่งยาเข้ามาในราชอาณาจักร ควบคุมการจัดเก็บยาที่นำหรือส่งเข้ามาในราชอาณาจักร ณ สถานที่เก็บยา ซึ่งถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามหน้าที่ดังกล่าว จะเป็นการกระทำฝ่าฝืนพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐ มาตรา ๔๔ มีโทษตามมาตรา ๑๐๙ ต้องระวางโทษปรับตั้งแต่หนึ่งพันถึงห้าพันบาท

ข้าพเจ้าเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติตามมาตรา ๓๙ มาตรา ๔๐ ทวิ มาตรา ๔๒ หรือมาตรา ๔๔ ถ้าประสงค์จะไม่ปฏิบัติหน้าที่ต่อไป ข้าพเจ้าต้องแจ้งเป็นหนังสือให้ผู้อนุญาตทราบไม่เกินเจ็ดวันนับแต่วันที่พ้นหน้าที่ ซึ่งถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามจะเป็นการกระทำฝ่าฝืนพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐ มาตรา ๓๔ มีโทษตามมาตรา ๑๐๘ ต้องระวางโทษปรับไม่เกินห้าร้อยบาท

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจถ้อยคำดังกล่าว ทั้งในบันทึกข้อตกลงรับทราบข้อกำหนดแล้ว จึงลงลายมือชื่อเป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำรับรอง
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

คำรับรองของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

เกี่ยวกับการจัดให้มีเภสัชกรมาอยู่ปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาที่เปิดทำการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

เป็นผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินกิจการ ขายยาแผนปัจจุบัน สถานที่ชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... ตรอก/ซอย.....

ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัดนนทบุรี โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ ใบการจัดให้มีเภสัชกรอยู่ปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาทำการ และหากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามที่กฎหมายกำหนด ข้าพเจ้าต้องรับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนดรวมถึงอาจถูกเพิกถอนใบอนุญาต

ข้าพเจ้าอ่านและเข้าใจถ้อยคำดังกล่าวทั้งหมด จึงลงลายมือชื่อเป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำรับรอง

(.....)

สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สัญญาระหว่าง.....ในนามของ.....

ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... ตรอก/ซอย.....

ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัดนนทบุรี ซึ่งต่อไปนี้ในสัญญาฉบับนี้เรียกว่า “ผู้รับอนุญาต” ฝ่ายหนึ่งกับ

() การบำบัดโรคสัตว์ ผู้ประกอบ

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

() วิชาชีพ.....

ชั้น.....ใบอนุญาตเลขที่..... ซึ่งต่อไปนี้ในสัญญาเรียกว่า “ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ” อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำสัญญานี้เพื่อปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ ร่วมกันโดยมีข้อความดังต่อไปนี้

- ผู้รับอนุญาตยินยอมและตกลงให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเข้าปฏิบัติหน้าที่ ณ..... ของผู้รับอนุญาตเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ ตั้งแต่วันที่ทำสัญญาเป็นต้นไป
- ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการยินยอมรับปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ ในหน้าที่ที่กำหนดไว้ตามข้อ ๑. ของสัญญานี้ทุกประการ
- ผู้รับอนุญาตยินยอมจ่ายค่าเงินทดแทนเป็นรายเดือนให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เดือนละ.....บาท (.....) ภายในวันสิ้นเดือนปฏิทินทุก ๆ เดือน
- หนังสือสัญญานี้มีอายุสัญญา จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.....
- หากคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดบอกเลิกสัญญานี้ก่อนครบกำหนดตามข้อ ๔. ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้อีกฝ่ายหนึ่งทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า.....วัน และต้องแจ้งให้กองควบคุมยาทราบตามกฎหมายด้วย
- หากต้องมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติหน้าที่ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทำอยู่เพื่อให้การปฏิบัติการได้เป็นไปโดยถูกต้องตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.๒๕๑๐ และกฎกระทรวงซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติยา ฉบับดังกล่าว ผู้รับอนุญาตยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกประการ
- ภาษีเงินได้ที่จะต้องเสียตามกฎหมาย ผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตกลงกันว่า..... เป็นชำระภาษี

ข้อ ๘./หากปรากฏว่า...

๘. หากปรากฏว่า คู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไม่ปฏิบัติตามสัญญานี้แม้แต่ข้อหนึ่งข้อใด สัญญานี้เป็นอันเลิกกัน โดยคู่สัญญาไม่ต้องปฏิบัติตาม ข้อ ๕. และคู่สัญญาที่มีสิทธิจะฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายได้ตามกฎหมาย หากมีการฟ้องร้องกันขึ้น ทั้งสองฝ่ายตกลงกันว่าฝ่ายที่ผิดสัญญาจะต้องเป็นผู้ชดใช้ค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้อง เช่น ค่าทนายและค่าธรรมเนียมศาล หรืออื่น ๆ เป็นต้น
๙. สัญญานี้ทำขึ้นเป็นสามฉบับมีข้อความตรงกัน คู่สัญญาต่างยึดถือไว้คนละหนึ่งฉบับและมอบให้กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเก็บไว้เป็นหลักฐานหนึ่งฉบับ คู่สัญญาทั้งสอง ฝ่ายต่างเข้าใจข้อความในสัญญานี้ดีแล้ว จึงได้ลงชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต
(.....)

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

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

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.....

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

เวลาปฏิบัติการ.....

(๖) ข้าพเจ้ารับทราบและจะปฏิบัติตามหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่กำหนดไว้ ตลอดระยะเวลาที่ข้าพเจ้าเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่แห่งนี้โดยเคร่งครัด

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

(๑) สำเนาทะเบียนบ้าน

(๒) สำเนาบัตรประชาชน

(๓) คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน พร้อมตราประทับในกรณีรับราชการหรือทำงาน (ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาคำหนด)

(๔) เอกสารอื่น ๆ (ถ้าจำเป็น)

ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

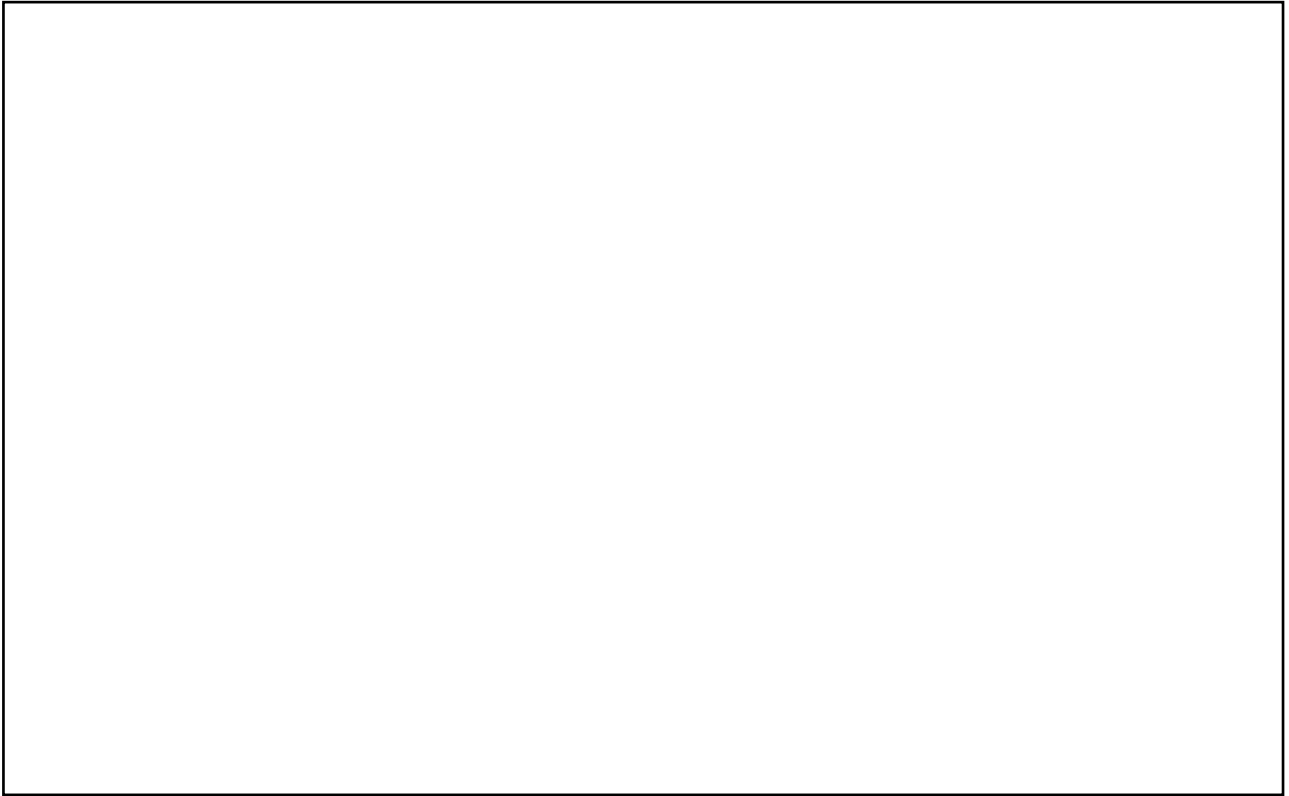
กรณีการขอใบอนุญาตใหม่ ให้ทำคำรับรองนี้ต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ให้คำรับรอง

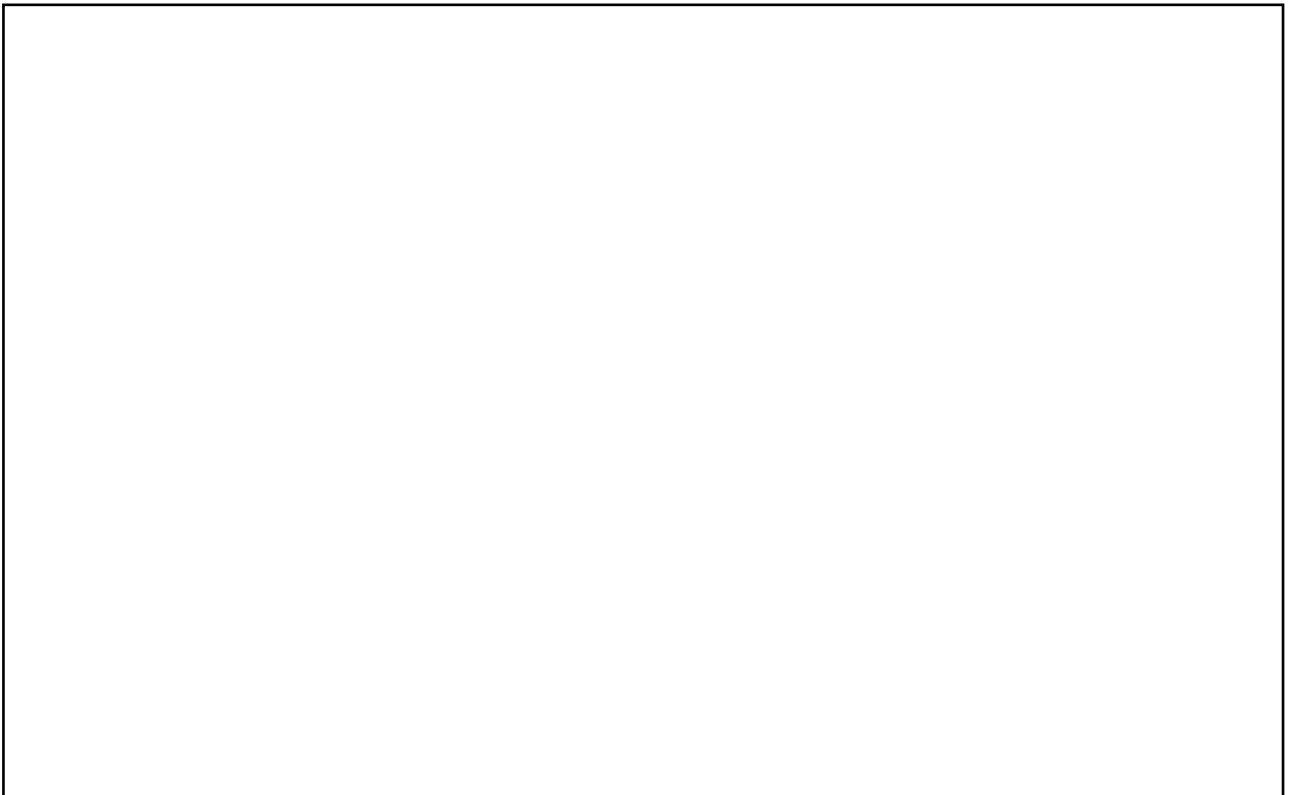
(ลายมือชื่อ)..... พนักงานเจ้าหน้าที่

รูปถ่ายประกอบกรณีแก้ไขเปลี่ยนแปลง

รูปถ่ายฐานประกอบการ..... สถานที่ชื่อ.....



ชื่อ..... แก้ไข.....



ชื่อ..... แก้ไข.....