



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
Food and Drug Administration

ใบตรวจรับเอกสารประกอบคำขอรับใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษ
ในประเภท 2 หมวด ก สำหรับสถานพยาบาลรัฐบาล / หน่วยงานราชการ

ชื่อสถานประกอบการ.....ชื่อผู้ดำเนินการ.....

สำหรับ ผู้ประกอบการ	การตรวจรับเอกสาร	สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ		
		มี		ไม่มี
		ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
<input type="checkbox"/>	1) แบบคำขอรับใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 (แบบ ย.ส. 1)			
<input type="checkbox"/>	2) รูปถ่ายผู้ดำเนินการ ขนาด 3x4 เซนติเมตร จำนวน 3 รูป (ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน)			
<input type="checkbox"/>	3) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดำเนินการ			
<input type="checkbox"/>	4) สำเนาบัตรข้าราชการ หรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดำเนินการ			
<input type="checkbox"/>	5) สำเนาคำสั่งแต่งตั้งให้เป็นหัวหน้าส่วนราชการ ของผู้ดำเนินการ			
<input type="checkbox"/>	6) สำเนาบัตรประจำตัวผู้เสียภาษี ของส่วนราชการ (ถ้ามี)			
<input type="checkbox"/>	7) สำเนาทะเบียนบ้าน ของที่อยู่สถานที่ (ที่ปรากฏอยู่ในสำเนาบัตรประจำตัวผู้เสียภาษี) (ถ้ามี)			
	8) <u>กรณีขอครอบครองสำหรับหน่วยงานในกำกับของรัฐ</u>			
<input type="checkbox"/>	8.1) หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาตฯ กรณีมหาวิทยาลัย : - ต้องได้รับมอบอำนาจจากอธิการบดี			
<input type="checkbox"/>	8.2) หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาตฯ กรณีหน่วยงานระดับกรม/เทียบเท่า : - ต้องได้รับมอบอำนาจจาก อธิบดี / ตำแหน่งที่เทียบเท่า			
	8.3) ค่าธรรมเนียม 1,000 บาท (เฉพาะกรณีหน่วยงานในกำกับของรัฐ)			
<input type="checkbox"/>	8.3.1) กรุงเทพฯ กรณีมาติดต่อด้วยตนเอง ชำระด้วยเงินสดหรือ แคนเชียร์เช็ค หากส่งทางไปรษณีย์ ชำระเป็น แคนเชียร์เช็ค ส่งจ่ายสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา			
	9) <u>เอกสารเพิ่มเติมกรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นมายื่นเอกสาร</u>			
<input type="checkbox"/>	9.1) หนังสือมอบอำนาจให้ผู้อื่นมายื่นเอกสารเกี่ยวกับใบอนุญาตฯ วัตถุประสงค์ หรือแบบมอบอำนาจให้ผู้อื่นมายื่นเอกสารเกี่ยวกับใบอนุญาตฯ วัตถุประสงค์			
<input type="checkbox"/>	9.2) สำเนาบัตรข้าราชการ หรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้มอบอำนาจ			
<input type="checkbox"/>	9.3) สำเนาบัตรข้าราชการ หรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับมอบอำนาจ			

ข้าพเจ้าขอให้สัญญาว่า

- 1) จะปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขต่าง ๆ ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด
- 2) ยินยอมให้หน่วยรับรองระบบงานหรือองค์กร ที่เกี่ยวข้องกับการรับรองดำเนินการสังเกตการณ์การตรวจประเมินของคณะผู้ตรวจประเมินของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ณ สถานที่ประกอบการของข้าพเจ้าตามที่ได้รับแจ้งการร้องขอ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลต่าง ๆ ที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ และได้รับเอกสารหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการรับรองไว้เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้ยื่นคำขอ (ผู้ดำเนินกิจการ)
(.....)

ผลการตรวจรับ

<p>ครั้งที่ 1</p> <p><input type="checkbox"/> เอกสารครบถ้วน/ถูกต้อง รับคำขอและเอกสารไว้เพื่อดำเนินการต่อไป</p> <p><input type="checkbox"/> เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> ให้ยื่นเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมภายในระยะเวลา 5 วันทำการ นับจากวันที่ได้รับเรื่อง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ในการคืนคำขอ</p> <p><input type="checkbox"/> คืนเอกสารคำขอ แล้วให้นำมายื่นใหม่ภายหลัง พร้อมแก้ไขให้ถูกต้อง</p> <p>ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ ลงชื่อ..... รับทราบผลการตรวจเอกสาร วันที่...../...../.....</p> <p>ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ..... วันที่...../...../.....</p> <p><input type="checkbox"/> รับเอกสารทางไปรษณีย์ ให้เจ้าหน้าที่แจ้งผู้ยื่นคำขอ โดยกำหนดยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายใน 20 วันทำการนับจากวันที่แจ้ง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ในการคืนคำขอ</p> <p>() แจ้งทางโทรศัพท์ หมายเลข..... ผู้รับเรื่อง.....</p> <p>() แจ้งทางโทรสาร หมายเลข.....</p> <p>() แจ้งทางไปรษณีย์</p>	<p>ครั้งที่ 2</p> <p><input type="checkbox"/> เอกสารครบถ้วน</p> <p><input type="checkbox"/> เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง คืนเอกสารคำขอ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ..... วันที่...../...../.....</p>
--	---

เลขรับที่.....
วันที่.....
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

ที่ปิดรูปถ่าย
ของผู้รับใบอนุญาต
หรือผู้ดำเนินการ
ขนาด 3x4
เซนติเมตร

คำขอรับใบอนุญาต

จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

1. ข้าพเจ้า.....

(ชื่อผู้ขอรับใบอนุญาต)

อยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

2. ซึ่งมีผู้ดำเนินการ ชื่อ.....อายุ.....ปี

สัญชาติ.....อยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

3. ขอรับใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ในหมวด..... (1)

หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ในหมวด..... (1)

4. สถานที่ทำการ ชื่อ.....อยู่เลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

5. วัตถุประสงค์ในการขอรับใบอนุญาต.....

6. ชื่อยาเสพติดให้โทษที่ขอรับใบอนุญาตตาม 3.

.....

7. พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ
- (1) สำเนาหรือรูปถ่ายทะเบียนบ้าน
 - (2) สำเนาหรือรูปถ่ายใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือ ใบอนุญาตประกอบการบำบัดโรคสัตว์
 - (3) หนังสือแสดงว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการของนิติบุคคลผู้ขอรับใบอนุญาต ตาม 2.
 - (4) สำเนารูปถ่ายใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาล หรือใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันแล้วแต่กรณี
 - (5) รูปถ่ายของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ดำเนินการ ขนาด 3 x 4 เซนติเมตร จำนวน 3 รูป

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

- หมายเหตุ (1) หมวด ก. สำหรับกระทรวง ทบวง กรม องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น รวมทั้งกรุงเทพมหานคร สภากาชาดไทย หรือองค์กรเภสัชกรรม
- หมวด ข. สำหรับผู้ประกอบการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศ
- หมวด ค. สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาเภสัชกรรมหรือทันตกรรม หรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ชั้นหนึ่ง
- (2) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

หนังสือมอบอำนาจ
ให้ผู้ยื่นภาษีและรับเอกสารเกี่ยวกับ ใบอนุญาต ฯ วัตถุประสงค์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เป็นผู้ดำเนินกิจการ
ในสถานที่ประกอบการชื่อ.....ตั้งอยู่เลขที่.....

ซอย/ตรอก.....ถนน.....หมู่ที่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....อายุ.....ปี
อยู่เลขที่.....ซอย/ตรอก.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....บัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการ
เลขที่.....

เป็นผู้ดำเนินการแทนเกี่ยวกับการ ขอรับใบอนุญาต.....

แก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต.....

ต่ออายุใบอนุญาต.....

อื่น ๆ (ระบุ).....

โดยเป็นผู้ยื่น / รับเอกสาร ตลอดถึงการแก้ไขเอกสาร ที่กองควบคุมวัตถุประสงค์ สำนักงานคณะกรรมการ
อาหารและยา แทนข้าพเจ้า ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

1. สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ ของข้าพเจ้าที่รับรองเอกสารแล้ว
 2. สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ ของผู้รับมอบอำนาจที่รับรองเอกสารแล้ว
- การใดที่ นาย / นาง / นางสาว.....ได้กระทำไปให้ถือเสมือน

เป็นการกระทำของข้าพเจ้า และข้าพเจ้าขอรับผิดชอบทุกประการ

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ติดอากร 30.- บาท
ประทับตราบริษัทฯ (ถ้ามี)

กรุณากรอรายละเอียดให้ครบถ้วน : ถ้าส่งเอกสารทางไปรษณีย์ไม่ต้องใช้หนังสือมอบอำนาจ