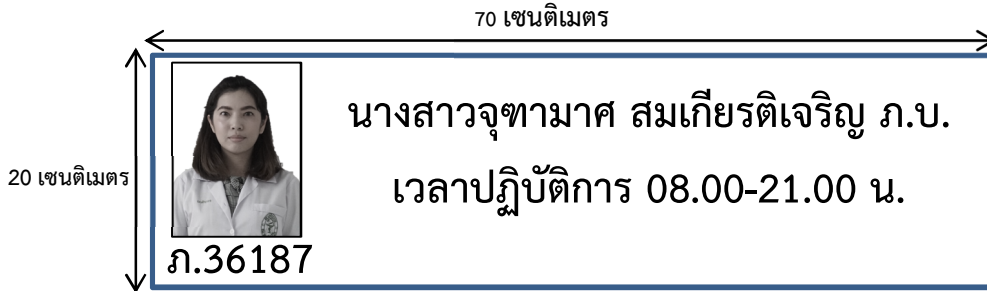


แบบรูปถ่ายเพิ่มเติมในการยื่นขอเปลี่ยนผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ  
(รูปถ่ายสี อัด Photo จากร้านอัดรูป ขนาด 4 x 6 นิ้ว)



รูปถ่ายของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการบนป้าย เป็นรูปถ่ายสี หน้าเต็ม ไม่สวมหมวกหรือแว่นตาดำ ถ่ายไว้ไม่เกิน 5 ปี  
รูปถ่ายขนาด 4 x 6 นิ้ว (10 x 15 เซนติเมตร) อักษรแสดงเลขที่ใบประกอบวิชาชีพขนาดอักษรสูงไม่น้อยกว่า 3 เซนติเมตร

**\*\*ตัวอักษรทุกตัวสูงไม่น้อยกว่า 3 เซนติเมตร\*\***

รูปที่ 1



รูปที่ 2



ตัวอย่าง : รูปถ่ายเภสัชกร *สวมเสื้อกาวน์ มีตราสภาเภสัชกรรม พร้อมป้ายแสดงตนว่าเป็นเภสัชกร*  
ยื่นถ่ายคู่กับป้ายชื่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ในร้านขายยา

**แบบตรวจสอบเอกสารคำขอ : แก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต  บุคคลธรรมดา /  นิติบุคคล**

- 1. กรณีเปลี่ยน/ เพิ่ม/ ถอน/ แจ่งเปลี่ยนหน้าที่ ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
- 2. กรณีย้ายสถานที่/ เพิ่มสถานที่/ ลดขยายสถานที่
- 3. กรณีเปลี่ยนผู้ดำเนินกิจการ (นิติบุคคล)
- 4. กรณีเปลี่ยน เวลาทำการ/ เบอร์โทรศัพท์/ ยกเลิกหมวดยา
- 5. กรณีเปลี่ยนหมายเลขบ้าน/ รายละเอียดของสถานที่ตั้ง/ คำนำหน้า/ ชื่อตัว/ ชื่อสกุล ของผู้รับอนุญาต/ เกษัชกร/ ผู้ดำเนินกิจการ
- 6. กรณีเปลี่ยนชื่อร้าน/ ชื่อสถานที่ขายฯ/ นำส่งฯ/ ผลิตฯ (บุคคลธรรมดา/ นิติบุคคล/ แปรสภาพ)
- 7. กรณีสิทธิแทนผู้รับอนุญาตที่เสียชีวิต แต่ไม่เกิน 30 วัน\*\*\* (บุคคลธรรมดา)
- 8. เพิ่มหมวดการผลิต/ เพิ่มที่เก็บ (สถานที่ผลิต)
- 9. กรณีอื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ชื่อ-สกุลผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ..... โทรศัพท์มือถือ.....E-mail..... ชื่อสถานที่ขาย/ผลิต/นำส่ง..... เลขที่ใบอนุญาตขาย/ผลิต/นำส่ง .....	*เจ้าหน้าที่รับเอกสารเมื่อครบถ้วนและถูกต้อง* โปรดอ่านเอกสารนี้และเตรียมเอกสาร เรียงลำดับตามรายการ พร้อมทำ เครื่องหมายในช่อง ผู้ยื่นคำขอตรวจสอบ* (มายื่นเรื่องแก้ไข ที่ อย. เท่านั้น ไม่รับยื่นทางไปรษณีย์)
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**แบบฟอร์มที่ต้องใช้**ตามกำหนดของกองยา คือ แบบคำขอทุกประเภท/ คำขอฯ/ คำรับรองฯ/ หนังสือมอบอำนาจกระทำการแทน/ หนังสือมอบอำนาจแต่งตั้งผู้ดำเนินกิจการ สอบถามเพิ่มเติมที่ **0 2590 7200** ห้อง 319 งานใบอนุญาต กองยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

**\*\*ดาวน์โหลด แบบฟอร์มเอกสาร/ ฟอร์มรูปถ่าย/ แผนที่/ แผนผัง ได้ที่เว็บไซต์กองยา →→→ ข้อมูล →→→ การบริการอนุญาตและคู่มือ →→→**  
**แบบฟอร์ม/ คำแนะนำการขออนุญาตสถานที่ประกอบกิจการด้านยา →→→ เลือกรูปแบบประเภทใบอนุญาต**  
<http://www.fda.moph.go.th/sites/drug/SitePages/ApprovalDrugFormPage.aspx>

➤ **ขอให้ผู้ยื่นคำขอ จัดเรียงเอกสารตามบัญชีรายการเอกสารด้านล่าง และตรวจสอบด้วยตนเอง พร้อมทั้งทำเครื่องหมาย**  
 ✓ กรณีถูกต้องครบถ้วนตามข้อกำหนด หรือทำเครื่องหมาย ✗ กรณีไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วนตามข้อกำหนด หรือเครื่องหมาย — กรณีไม่จำเป็นต้องมี

ลำดับที่	รายการตรวจสอบเอกสาร (บุคคลธรรมดา/ นิติบุคคล)	ผู้ยื่นคำขอตรวจสอบ*	เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ	บันทึกข้อบกพร่อง
<b>1. กรณีเปลี่ยนหรือเพิ่มผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (ให้เตรียมเอกสารทุกข้อตาม 1.1-1.14)</b>				
<b>กรณีถอนหรือแจ่งเปลี่ยนหน้าที่ (ให้ยื่นเฉพาะข้อ 1.1, 1.11, 1.12 และ 1.13)</b>				
1.1	คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง (ตามประเภทใบอนุญาต)			
1.2	คำรับรองผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (ตามประเภทใบอนุญาต)			
1.3	คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน *** (กรณีใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน/ ขายยาบรรจสุเสร็จฯ/ ขายส่ง/ ขายยาฯ สัตว์) *** ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด (แบบ ข.ย. 14 หน้า 3)			
1.4	สัญญาระหว่างผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการกับผู้รับอนุญาต (จำนวน 3 ชุด)			
1.5	สำเนาใบประกอบโรคศิลปะ หรือสำเนาใบประกอบวิชาชีพ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
1.6	สำเนาหนังสือรับรองการอบรมการประชุมเชิงปฏิบัติการ (ติดต่อขออบรมที่สภาเภสัชกรรม) หรือสำเนาใบเสร็จรับเงินเข้าร่วมการอบรม เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง *** (กรณีใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน) ***			
1.7	สำเนาผลการค้นหา รายชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม จากเว็บไซต์สภาเภสัชกรรม ( <a href="http://www.pharmacycouncil.org/index.php">http://www.pharmacycouncil.org/index.php</a> ) เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			

ลำดับ ที่	รายการตรวจสอบเอกสาร (บุคคลธรรมดา/ นิติบุคคล)	ผู้ยื่นคำขอ ตรวจสอบ*	เจ้าหน้าที่ ตรวจสอบ	บันทึกข้อบกพร่อง
1.8	ใบรับรองแพทย์ตัวจริงของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (ที่ยังไม่หมดอายุ 1 หรือ 3 เดือน) พร้อมระบุ 5 โรคต้องห้ามเป็น ของผู้รับอนุญาตเกี่ยวกับยา ดังต่อไปนี้ (1) โรคเรื้อน (2) วัณโรคในระยะอันตราย (3) โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม (4) โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง (5) โรคพิษสุราเรื้อรัง			
1.9	สำเนาบัตรประชาชนของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
1.10	สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
1.11	หนังสือมอบอำนาจกระทำการแทน พร้อมอากรแสตมป์ 10 บาท กรณีผู้ขออนุญาตไม่สามารถติดต่อด้วยตนเอง			
1.12	สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
1.13	ใบอนุญาตฉบับจริง			
1.14	*** กรณีเปลี่ยนหรือเพิ่มเภสัชกร ให้เพิ่มรูปถ่าย 2 รูป คือ 1. รูปเภสัชกรตัวจริงถ่ายกับ ป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการที่ชื่อตรงกันและป้ายสถานที่ ในสถานที่ จริงที่ได้รับอนุญาต** 2. รูปป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในสถานที่จริงที่ได้รับอนุญาต** (อักระดาษโฟโต้จากร้านอัดรูป ขนาด 4x6 นิ้ว)  ตัวอย่างรูปถ่ายที่ส่ง ดูได้ที่ข้อ 2.3 <a href="http://www.fda.moph.go.th/sites/drug/SitePages/ApprovalDrugFormPage.aspx">http://www.fda.moph.go.th/sites/drug/SitePages/ApprovalDrugFormPage.aspx</a>			
<b>2. กรณีย้ายสถานที่/ เพิ่มสถานที่/ ลดขยายสถานที่</b>				
2.1	<b>บุคคลธรรมดา</b>			
2.1.1	คำขอย้ายสถานที่/ คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง (ตามประเภทใบอนุญาต)			
2.1.2	สัญญาเช่า (กรณีที่เช่าสถานที่) คนที่ลงนามเป็นผู้ให้เช่า** ต้องมีสภาพเป็นเจ้าของบ้านในทะเบียน บ้าน หรือกรณีทะเบียนบ้านลอย ต้องมีเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ตามข้อ 2.1.3 เท่านั้น หรือหนังสือยินยอม (กรณีเป็น สามเณร/ภรรยา/บิดา/มารดา/พี่น้อง/บุตร ของผู้ขออนุญาต)			
2.1.3	สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ที่ขออนุญาตและสถานที่เกี่ยยา - กรณีสำเนาทะเบียนบ้านไม่มีผู้อยู่อาศัย (ทะเบียนบ้านลอย) ใช้เอกสารอื่นประกอบ อย่างใดอย่างหนึ่ง** ดังต่อไปนี้ <b>ที่ตั้งตรงกับทะเบียนบ้าน</b> เพื่อแสดงกรรมสิทธิ์ [ ] สำเนาสัญญาซื้อ-ขาย สิ่งปลูกสร้างฯ [ ] สำเนาใบอนุญาตก่อสร้าง [ ] สำเนาเอกสารอ้างกรรมสิทธิ์ เช่น ใบเสร็จชำระค่าน้ำ ค่าไฟ - กรณีสำเนาทะเบียนบ้าน มีผู้อยู่อาศัย คนที่ลงนามเป็นผู้ให้เช่า** ต้องมีสภาพเป็น เจ้าบ้านในทะเบียนบ้านเท่านั้น			
2.1.4	สำเนาบัตรประชาชนของเจ้าของสถานที่ที่ให้เช่า/ ยินยอม เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
2.1.5	รูปถ่าย อักระดาษโฟโต้ขนาด 4x6 นิ้ว จากร้านอัดรูปเท่านั้น <b>แผนที่ แผนที่</b> ของสถานที่ (แบบฟอร์มรูป ใช้ตามประเภทใบอนุญาต)			
2.1.6	หนังสือมอบอำนาจกระทำการแทน พร้อมอากรแสตมป์ 10 บาท กรณีผู้ขออนุญาตไม่สามารถติดต่อด้วยตนเอง			
2.1.7	สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
2.1.8	ใบอนุญาตฉบับจริง			

ลำดับ ที่	รายการตรวจสอบเอกสาร (บุคคลธรรมดา/ นิติบุคคล)	ผู้ยื่นคำขอ ตรวจสอบ*	เจ้าหน้าที่ ตรวจสอบ	บันทึกข้อบกพร่อง
2.2	<b>นิติบุคคล</b>			
2.2.1	คำขอย้ายสถานที่/ คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง (ตามประเภทใบอนุญาต)			
2.2.2	สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ใหม่			
2.2.3	สำเนาหนังสือรับรองบริษัทสถานที่ฯ ใหม่ ที่ออกมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน (ต้องได้รับรองการจดทะเบียนสถานที่ใหม่กับกระทรวงพาณิชย์เรียบร้อยแล้ว กรณีเพิ่มสถานที่ก็เช่นกัน)			
2.2.4	<b>รูปถ่าย</b> อัดกระดาษโฟโต้ขนาด 4x6 นิ้ว จากร้านอัดรูปเท่านั้น <b>แผนที่ แผนที่</b> ของสถานที่ (แบบฟอร์มรูป ใช้ตามประเภทใบอนุญาต)			
2.2.5	หนังสือมอบอำนาจกระทำการแทน พร้อมอากรแสตมป์ 10 บาท กรณีผู้ขออนุญาตไม่สามารถติดต่อด้วยตนเอง			
2.2.6	สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
2.2.7	ใบอนุญาตฉบับจริง			
<b>3. กรณีเปลี่ยนผู้ดำเนินการ (นิติบุคคล)</b>				
3.1	คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง (ตามประเภทใบอนุญาต) ลงนามผู้ขอแก้ไขฯ โดยผู้ดำเนินการ <b>คนเดิม*</b> หรือกรรมการผู้มีอำนาจลงนาม ตามเงื่อนไขของหนังสือรับรองบริษัทที่ออกมาแล้ว ไม่เกิน 6 เดือน			
3.2	คำขออนุญาต (ตามประเภทใบอนุญาต) <b>ผู้ดำเนินการคนใหม่ลงนาม*</b>			
3.3	รูปถ่ายของผู้ดำเนินการคนใหม่ รูปสี หน้าที่ตรง ขนาด 3x4 ซม. จำนวน 3 รูป ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน***			
3.4	ใบรับรองแพทย์ตัวจริงของผู้ขอดำเนินการ (ที่ยังไม่หมดอายุ 1 เดือน หรือ 3 เดือน) พร้อมระบุ 5 โรคต้องห้ามเป็นของผู้รับอนุญาตเกี่ยวกับยา ดังต่อไปนี้ (1) โรคเรื้อน (2) วัณโรคในระยะอันตราย (3) โรคทำข้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม (4) โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง (5) โรคพิษสุราเรื้อรัง			
3.5	สำเนาบัตรประชาชนของผู้ดำเนินการคนใหม่ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
3.6	สำเนาทะเบียนบ้าน เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง (ผู้ดำเนินการคนใหม่)			
3.7	สำเนาหนังสือขออนุญาตทำงานที่ออกโดยกระทรวงแรงงาน และหนังสือเดินทาง เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง <b>(กรณีผู้ดำเนินการคนใหม่เป็นบุคคลต่างด้าว)</b>			
3.8	หนังสือรับรองบริษัท พร้อมแนบวัตถุประสงค์ของนิติบุคคลที่ออกมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน (ต้องมีระบุวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการประกอบธุรกิจ/ กิจการด้านยา) ***** - ต้องจดเลขที่ตั้งสถานที่ขออนุญาตในหนังสือรับรองบริษัท <b>**หากมีระบุให้ลงลายมือชื่อพร้อมประทับตราสำคัญของบริษัท** ต้องมีประทับตรา แล้ว จึงจะถือว่าเอกสารนั้นสมบูรณ์</b>			
3.9	หนังสือมอบอำนาจแต่งตั้งผู้ดำเนินการ พร้อมติดอากรแสตมป์ 30 บาท (กรรมการผู้มีอำนาจลงนามเป็นผู้แต่งตั้ง***และการประทับตราบริษัท เป็นไปตามเงื่อนไข หนังสือรับรองบริษัทที่ออกมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน) <b>**กรณีกรรมการผู้มีอำนาจลงนามเป็นบุคคลต่างด้าว** ต้องมีสำเนาหนังสือขออนุญาต ทำงานที่ออกโดยกระทรวงแรงงาน (Work Permit) หรือหนังสือรับรองเอกสาร (Notary Public หรือ Legalization ) เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง</b>			
3.10	สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			

ลำดับ ที่	รายการตรวจสอบเอกสาร (บุคคลธรรมดา/ นิติบุคคล)	ผู้ยื่นคำขอ ตรวจสอบ*	เจ้าหน้าที่ ตรวจสอบ	บันทึกข้อบกพร่อง
3.11	สัญญาระหว่างผู้ดำเนินการคนใหม่/ ผู้ขออนุญาต กับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (จำนวน 3 ชุด ต่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ 1 คน )			
3.12	ใบอนุญาตฉบับจริง			
3.13	หนังสือมอบอำนาจกระทำการแทนผู้ดำเนินการคนใหม่ พร้อมอากรแสตมป์ 10 บาท กรณีไม่สามารถติดต่อด้วยตนเอง			
3.14	สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
<b>4. กรณีเปลี่ยน เวลาทำการ/ เบอร์โทรศัพท์/ ยกเลิกหมวดยา/ E-mail</b>				
4.1	คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง (ตามประเภทใบอนุญาต)			
4.2	หนังสือมอบอำนาจกระทำการแทน พร้อมอากรแสตมป์ 10 บาท กรณีผู้ขออนุญาตไม่สามารถติดต่อด้วยตนเอง			
4.3	สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
4.4	ใบอนุญาตฉบับจริง			
4.5	** กรณีเปลี่ยนเวลาทำการ ให้เพิ่มรูปถ่ายป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการที่เปลี่ยนเวลาแล้วใน สถานที่จริงที่ได้รับอนุญาต อัดกระดาษโฟโต้จากร้านอัดรูป ขนาด 4x6 นิ้ว จำนวน 1 รูป			
<b>5. กรณีเปลี่ยนหมายเลขบ้าน รายละเอียดของสถานที่ตั้ง คำนำหน้า/ ชื่อตัว/ ชื่อสกุล ของผู้รับอนุญาต ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ผู้ดำเนินการ</b>				
5.1	คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง (ตามประเภทใบอนุญาต)			
5.2	หลักฐานการเปลี่ยนแปลงชื่อตัว/ ชื่อสกุล หรือสำเนาทะเบียนสมรส (กรณีสมรส) หรือ สำเนาทะเบียนหย่า (กรณีหย่า)			
5.3	หลักฐานการเปลี่ยนแปลง <u>หมายเลขบ้าน/ รายละเอียดของสถานที่ตั้ง/ คำนำหน้า/ ชื่อตัว/ ชื่อสกุล</u> จากหน่วยงานราชการ <u>และใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมที่เปลี่ยนแปลง รายละเอียดแล้ว</u>			
5.4	สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ตั้ง พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง			
5.5	สำเนาบัตรประชาชนของชื่อตัว-สกุลของบุคคลที่เปลี่ยนรายละเอียดแล้ว พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง			
5.6	หนังสือมอบอำนาจกระทำการแทน พร้อมอากรแสตมป์ 10 บาท กรณีผู้รับอนุญาตไม่สามารถติดต่อด้วยตนเอง			
5.7	สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
5.8	ใบอนุญาตฉบับจริง			
5.9	** กรณีเปลี่ยน <u>คำนำหน้า/ ชื่อตัว/ ชื่อสกุล</u> ให้เพิ่มรูปถ่ายป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ที่ เปลี่ยน <u>คำนำหน้า/ ชื่อตัว/ ชื่อสกุล</u> ในสถานที่จริงที่ได้รับอนุญาต** อัดกระดาษโฟโต้จาก ร้านอัดรูป ขนาด 4x6 นิ้ว จำนวน 1 รูป			
<b>6. กรณีเปลี่ยนชื่อร้าน ชื่อสถานที่ขายยา/ นำสั่งฯ/ ผลิตฯ (บุคคลธรรมดา/ นิติบุคคล/ แปรสภาพ/ ควบรวมนิติบุคคล)</b>				
6.1	คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง (ตามประเภทใบอนุญาต)			
6.2	หนังสือรับรองบริษัทที่แก้ไขรายละเอียดจากกระทรวงพาณิชย์เรียบร้อยแล้ว ที่ออกมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน (กรณีนิติบุคคล)			
6.3	หนังสือมอบอำนาจกระทำการแทน พร้อมอากรแสตมป์ 10 บาท กรณีผู้รับอนุญาตไม่สามารถติดต่อด้วยตนเอง			
6.4	สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
6.5	ใบอนุญาตฉบับจริง			
6.6	<u>รูปถ่ายเปลี่ยนชื่อร้าน ชื่อสถานที่ขายยา/ นำสั่งฯ/ ผลิตฯ</u> ที่เปลี่ยนใหม่ในสถานที่จริง ที่ได้รับอนุญาต (รูปถ่ายขนาด 4x6 นิ้ว อัดด้วยกระดาษโฟโต้จากร้านอัดรูปเท่านั้น)			
<b>7. กรณีสืบสิทธิ์แทนผู้รับอนุญาตที่เสียชีวิต แต่ไม่เกิน 30 วัน (บุคคลธรรมดาเท่านั้น)</b>				
7.1	คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง (ตามประเภทใบอนุญาต)			

ลำดับ ที่	รายการตรวจสอบเอกสาร (บุคคลธรรมดา/ นิติบุคคล)	ผู้ยื่นคำขอ ตรวจสอบ*	เจ้าหน้าที่ ตรวจสอบ	บันทึกข้อบกพร่อง
7.2	แบบคำขออนุญาต (ตามประเภท) เจ้าของคนใหม่			
7.3	รูปถ่ายของผู้รับอนุญาต (เจ้าของคนใหม่/ ผู้ขออนุญาต) ขนาด 3x4 ซม. จำนวน 3 รูป ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน			
7.4	สำเนาบัตรประชาชนรับรองจริง (เจ้าของคนใหม่/ผู้ขออนุญาต)			
7.5	สำเนาทะเบียนบ้านรับรองจริง (เจ้าของใหม่/ ผู้ขออนุญาต)			
7.6	สำเนาหนังสือขออนุญาตทำงานที่ออกโดยกระทรวงแรงงาน และหนังสือเดินทาง (กรณีบุคคลต่างด้าว)			
7.7	ใบรับรองแพทย์ <u>ตัวจริง</u> ของผู้ขออนุญาต (ที่ยังไม่หมดอายุ 1 หรือ 3 เดือน) พร้อมระบุ 5 โรคต้องห้ามเป็นของผู้รับอนุญาตเกี่ยวกับยา ดังต่อไปนี้ (1) โรคเรื้อน (2) วัณโรคในระยะอันตราย (3) โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม (4) โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง (5) โรคพิษสุราเรื้อรัง			
7.8	หนังสือยินยอมจากทายาททุกคนที่มีสิทธิ์			
7.9	สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของทายาททุกคนที่มีสิทธิ์ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
7.10	<u>สัญญาเช่า (กรณีที่เช่าสถานที่) คนที่ลงนามเป็นผู้ให้เช่า** ต้องมีสภาพเป็นเจ้าของบ้านใน ทะเบียนบ้าน หรือกรณีทะเบียนบ้านลอย ต้องมีเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ตามข้อ 7.11 เท่านั้น หรือหนังสือยินยอม (กรณีเป็น สามี/ภรรยา/บิดา/มารดา/พี่น้อง/บุตร ของผู้ขออนุญาต)</u>			
7.11	<b>สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ที่ขออนุญาตและสถานที่เก็บยา</b> - กรณีสำเนาทะเบียนบ้านไม่มีผู้อยู่อาศัย (ทะเบียนบ้านลอย) ใช้เอกสารอื่นประกอบ อย่างใดอย่างหนึ่ง** ดังต่อไปนี้ที่ <b>ที่ตั้งตรงกับทะเบียนบ้าน</b> เพื่อแสดงกรรมสิทธิ์ [ ] สำเนาสัญญาซื้อ-ขาย สิ่งปลูกสร้างฯ [ ] สำเนาใบอนุญาตก่อสร้าง [ ] สำเนาเอกสารอ้างกรรมสิทธิ์ เช่น ใบเสร็จชำระค่าน้ำ ค่าไฟ - กรณีสำเนาทะเบียนบ้าน มีผู้อยู่อาศัย คนที่ลงนามเป็นผู้ให้เช่า** ต้องมีสภาพเป็น เจ้า บ้านในทะเบียนบ้านเท่านั้น			
7.12	สำเนาบัตรประชาชนของเจ้าของสถานที่ที่ให้เช่า/ ยินยอม เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
7.13	คำรับรองผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (ตามประเภท)			
7.14	คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงานของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ *** (กรณีใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน/ ขายยาบรรจสุเสร็จ/ ขายส่ง/ ขายยาฯ สัตว์) *** ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด (แบบ ข.ย. 14 หน้า 3)			
7.15	สัญญาระหว่างเจ้าของคนใหม่/ ผู้ขออนุญาต กับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ จำนวน 3 ชุด ต่อ กร 1 คน			
7.16	ใบรับรองแพทย์ <u>ตัวจริง</u> ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (ที่ยังไม่หมดอายุ 1 หรือ 3 เดือน) พร้อมระบุ 5 โรคต้องห้ามเป็นของผู้รับอนุญาตเกี่ยวกับยา ดังต่อไปนี้ (1) โรคเรื้อน (2) วัณโรคในระยะอันตราย (3) โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม (4) โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง (5) โรคพิษสุราเรื้อรัง			
7.17	สำเนาใบประกอบโรคศิลปะ หรือสำเนาใบประกอบวิชาชีพ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			

ลำดับ ที่	รายการตรวจสอบเอกสาร (บุคคลธรรมดา/ นิติบุคคล)	ผู้ยื่นคำขอ ตรวจสอบ*	เจ้าหน้าที่ ตรวจสอบ	บันทึกข้อบกพร่อง
7.18	สำเนาหนังสือรับรองการอบรมการประชุมเชิงปฏิบัติการ (ติดต่อขออบรมที่สภาเภสัชกรรม) หรือสำเนาใบเสร็จรับเงินเข้าร่วมการอบรม รับรองจริง *** (กรณีใบอนุญาตขยายแผนปัจจุบัน) ***			
7.19	สำเนาบัตรประชาชนของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
7.20	สำเนาใบมรณบัตรของผู้รับอนุญาตเดิม เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
7.21	สำเนาหลักทรัพย์ (สำเนาสมุดบัญชีพัตเตล่าสุด) หรือหนังสือรับรองจากธนาคารจำนวนเงิน ตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป/ สำเนาโฉนดที่ดินไม่ติดภาระผูกพัน			
7.22	สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
7.23	สำเนาผลการค้นหา รายชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม จากเว็บไซต์สภาเภสัชกรรม ( <a href="http://www.pharmacycouncil.org/index.php">http://www.pharmacycouncil.org/index.php</a> ) เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
7.24	หนังสือมอบอำนาจการกระทำแทนผู้ขออนุญาต พร้อมอากรแสตมป์ 10 บาท กรณีผู้รับอนุญาตใหม่ไม่สามารถมาติดต่อด้วยตนเอง			
7.25	สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
7.26	ใบอนุญาตฉบับจริง			
<b>8. เพิ่มหมวดการผลิตยา หรือเพิ่มที่เก็บ (กรณีสถานที่ผลิตแผนปัจจุบัน)</b>				
8.1	คำขอตามประเภท (แบบ ผ.ย. 11)			
8.2	บันทึกผลการตรวจสถานที่ที่มีหมวดยาที่ต้องการเพิ่มระบุชัดเจน และสำเนาแบบแปลนที่ ออกให้โดย อย. ที่ได้รับการอนุมัติหมวดยาหรือที่เก็บที่ต้องการเพิ่มแล้ว			
8.3	หนังสือมอบอำนาจการกระทำแทน พร้อมอากรแสตมป์ 10 บาท กรณีผู้ขออนุญาตไม่สามารถติดต่อด้วยตนเอง			
8.4	สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
<b>9. กรณีอื่น ๆ</b>				
9.1	คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง (ตามประเภทใบอนุญาต)			
9.2	ใบอนุญาตฉบับจริง			
9.3	หนังสือมอบอำนาจการกระทำแทน พร้อมอากรแสตมป์ 10 บาท กรณีผู้ขออนุญาตไม่สามารถติดต่อด้วยตนเอง			
9.4	สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง			
9.5	เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง			

สำหรับผู้ยื่นคำขอ	สำหรับ เจ้าหน้าที่	ออกใบรับคำขอเลขที่.....
<p><b>ครั้งที่ 1 (ยื่นคำขอครั้งแรก)</b></p> <p>ลงชื่อ.....(ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ) (.....) วันที่.....</p> <p>รับทราบข้อบกพร่อง และจะแก้ไขให้แล้วเสร็จภายใน.....วันทำการ นับแต่วันถัดจากวันที่รับคำขอ (ถ้ามี)</p> <p>ลงชื่อ.....(ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ) (.....) วันที่.....</p>		<p><b>ครั้งที่ 1 (ยื่นคำขอครั้งแรก)</b></p> <p><input type="checkbox"/> รับคำขอเพราะเอกสารครบถ้วนถูกต้อง</p> <p><input type="checkbox"/> รับคำขอแต่มีเงื่อนไข เพราะเอกสารไม่ครบถ้วนถูกต้องพบข้อบกพร่องตามที่ระบุไว้ข้างต้น ต้องแก้ไขให้แล้วเสร็จภายใน.....วันทำการ นับแต่วันถัดจากวันที่รับคำขอ หากพ้นกำหนดจะยกเลิกและส่งคืนคำขอต่อไป (ให้ผู้ยื่นคำขอลงนามรับทราบและรับสำเนาบันทึกข้อบกพร่อง)</p> <p>ลงชื่อเจ้าหน้าที่ตรวจสอบเบื้องต้น..... (.....) วันที่.....</p> <p>ลงชื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ผู้พิจารณา..... (.....) วันที่.....</p>
<p><b>ครั้งที่ 2 (การแก้ไขข้อบกพร่อง)</b></p> <p>ข้าพเจ้าได้ยื่นเอกสารการแก้ไขข้อบกพร่อง ไว้จำนวน.....รายการตามที่ระบุในบันทึกข้อบกพร่อง</p> <p>ลงชื่อ.....(ผู้ยื่นเอกสารแก้ไขข้อบกพร่อง/ผู้รับมอบอำนาจ) (.....) วันที่.....</p>		<p><b>ครั้งที่ 2 (การแก้ไขข้อบกพร่อง)</b></p> <p><input type="checkbox"/> แก้ไขข้อบกพร่องครบถ้วน</p> <p>ลงชื่อเจ้าหน้าที่เจ้าของเรื่อง..... (.....) วันที่.....</p> <p><input type="checkbox"/> ขอส่งคืนคำขอและเอกสารประกอบทั้งหมด เนื่องจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ไม่มาแก้ไขข้อบกพร่องภายในระยะเวลาที่กำหนด</li> <li><input type="checkbox"/> การแก้ไขข้อบกพร่องไม่ครบถ้วน/ ไม่ถูกต้อง</li> </ul> <p>ท่านมีสิทธิยื่นคำขอใหม่ โดยจัดเตรียมเอกสารให้ถูกต้องครบถ้วนและสอดคล้องตามกฎหมาย หรือจะอุทธรณ์การคืนคำขอครั้งนี้ได้ โดยขอให้ยื่นคำอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ภายใน 15 วันทำการ นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง</p> <p style="text-align: center;">จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ</p> <p>ลงชื่อเจ้าหน้าที่เจ้าของเรื่อง..... (.....) วันที่.....</p>
<p><b>รับคืนคำขอ</b></p> <p>ลงชื่อ.....(ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ) (.....) วันที่.....</p>		