คำรับรองของผู้รับอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 3 และเภสัชกร

เขียนที่..

วันที่.......เดือน..........................พ.ศ............

ข้าพเจ้า...อายุ...........ปี สัญชาติ..........................
อยู่เลขที่.................................ตรอก/ซอย.......................................ถนน...
หมู่ที่.......ตำบล/แขวง..อำเภอ/เขต...
จังหวัด...โทรศัพท์...ในฐานะเป็นผู้รับอนุญาต
และข้าพเจ้า...อายุ...........ปี สัญชาติ..........................
อยู่เลขที่.................................ตรอก/ซอย.......................................ถนน...
หมู่ที่.......ตำบล/แขวง..อำเภอ/เขต...
จังหวัด...โทรศัพท์.................................ในฐานะเภสัชกรผู้ควบคุมเกี่ยวกับ
สถานที่ซึ่งรับอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 3 ชื่อ...
ตามใบอนุญาตที่......................ตั้งอยู่เลขที่....................................ตรอก/ซอย................................
ถนน...หมู่ที่..........ตำบล/แขวง..
อำเภอ/เขต....................................จังหวัด...............................โทรศัพท์...
ใบอนุญาตออกให้ ณ วันที่......................เดือน...................................พ.ศ...
ข้าพเจ้าทั้งสองขอให้คำรับรองต่อพนักงานเจ้าหน้าที่กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ว่า

(1) ข้าพเจ้าในฐานะผู้รับอนุญาตจะจัดให้มีเภสัชกรอยู่ควบคุมตลอดเวลาทำการ ตามสถานที่ที่ได้รับอนุญาต ดังระบุไว้ข้างต้น

(2) ข้าพเจ้าในฐานะเภสัชกรผู้ควบคุมจะอยู่ประจำสถานที่ที่ได้รับอนุญาตดังระบุไว้ข้างต้นตลอดเวลาทำการ

(3) ในฐานะผู้รับอนุญาตข้าพเจ้าจะจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 3 ในขณะที่เภสัชกรผู้ควบคุม อยู่ประจำสถานที่เท่านั้น

(4) ข้าพเจ้าในฐานะผู้รับอนุญาต และข้าพเจ้าในฐานะเภสัชกรผู้ควบคุม นอกจากจะเคร่งครัดในการถือปฏิบัติตามคำรับรองในข้อ (1) และ (2) ดังกล่าวแล้ว ข้าพเจ้าทั้งสองได้รับทราบแล้วว่าต้องปฏิบัติให้ถูกต้องตามกฎหมายกำหนดไว้ในเรื่องอื่น ๆ ตามแต่ประเภทของใบอนุญาตระบุไว้ข้างต้นด้วย

คำรับรองนี้ทำต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

(ลายมือชื่อ)...ผู้รับอนุญาตให้คำรับรอง

(...)

(ลายมือชื่อ)...เภสัชกรผู้ควบคุมให้คำรับรอง

(...)

(ลายมือชื่อ)...พนักงานเจ้าหน้าที่

(...)