

คำรับรองของผู้รับอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4 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

สถานที่ซึ่งรับอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือ 4 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
ตั้งระบุไว้ข้างต้น
- (2) ข้าพเจ้าในฐานะเภสัชกรผู้ควบคุมจะอยู่ประจำสถานที่ที่ได้รับอนุญาตตั้งระบุไว้ข้างต้นตลอดเวลาทำการ
- (3) ในฐานะผู้รับอนุญาตข้าพเจ้าจะขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4 ในขณะที่เภสัชกร
ผู้ควบคุมอยู่ประจำสถานที่เท่านั้น
- (4) ข้าพเจ้าในฐานะผู้รับอนุญาต และข้าพเจ้าในฐานะเภสัชกรผู้ควบคุม นอกจากจะเคร่งครัดในการถือ
ปฏิบัติตามคำรับรองในข้อ (1) และ (2) ดังกล่าวแล้ว ข้าพเจ้าทั้งสองได้รับทราบแล้วว่าต้องปฏิบัติให้ถูกต้องตาม
กฎหมายกำหนดไว้ในเรื่องอื่น ๆ ตามแต่ประเภทของใบอนุญาตระบุไว้ข้างต้นด้วย

คำรับรองนี้ทำต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

(ลายมือชื่อ).....ผู้รับอนุญาตให้คำรับรอง
(.....)

(ลายมือชื่อ).....เภสัชกรผู้ควบคุมให้คำรับรอง
(.....)

(ลายมือชื่อ).....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)