

คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....

อยู่เลขที่.....ต.รอก / ซอย.....ถนน.....

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

จังหวัด.....โทรศัพท์.....ขอให้คำรับรองต่อพนักงาน
เจ้าหน้าที่สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ว่า

(๑) ข้าพเจ้าเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเภสัชกรรมใบอนุญาตที่.....
ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(๒) ข้าพเจ้า ไม่เคยเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแห่งใดมาก่อน

เคยเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา.....แห่ง
พระราชบัญญัติยาพ.ศ. ๒๕๑๐ ของ.....จังหวัด.....มาก่อน แต่ได้เลิก
(ชื่อสถานที่)

การเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ณ สถานที่ดังกล่าวตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(๓) ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขณะนี้ข้าพเจ้ามิได้เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแห่งใด

(๔) ขณะนี้ข้าพเจ้า ไม่ได้รับราชการหรือทำงานอยู่แห่งใด

รับราชการหรือทำงานประจำอยู่ที่.....
เวลาทำการ.....

(๕) ข้าพเจ้าจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำ ณ สถานที่ผลิตยาแผนปัจจุบันชื่อ.....
อยู่เลขที่.....ต.รอก / ซอย.....ถนน.....
หมู่ที่.....ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ตลอดเวลาที่เปิดทำการ

เวลาทำการ.....

ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าอาจถูกดำเนินคดีฐานแจ้งความเท็จ
ต่อเจ้าพนักงาน
คำรับรองนี้ทำต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

(ลายมือชื่อ).....ผู้ให้คำรับรอง

(ลายมือชื่อ).....พนักงานเจ้าหน้าที่

.....
หมายเหตุ:- ใส่เครื่องหมาย ลงในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ