**คำรับรองเงื่อนไขการแจ้งรายการเรียกเก็บยาคืน**

**ของผู้รับอนุญาตผลิต และนำหรือสั่ง ยาแผนปัจจุบันและแผนโบราณ**

**เข้ามาในราชอาณาจักร**

|  |  |
| --- | --- |
| เขียนที่ |  |
| วันที่ |  | เดือน |  | พ.ศ. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  ข้าพเจ้า |  | ผู้รับอนุญาต |
| 🞎 ผลิตยาแผนปัจจุบัน / ยาแผนโบราณ |  🞎 นำหรือสั่งยาแผนปัจจุบัน / แผนโบราณ |
| ในนามของ (ชื่อสถานที่) |  | ตามใบอนุญาตเลขที่ |  |
| ซึ่งเป็นผู้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนตำรับยาชื่อ |  | เลขรับที่ |  |
| เลขทะเบียนที่ |  | ขอให้คำรับรองเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนตำรับยา ดังนี้ |

 ข้าพเจ้าขอรับรองว่ากรณีมีการเรียกเก็บยาคืนไม่ว่าจากสาเหตุใด ข้าพเจ้าจะส่งรายละเอียดการเรียกเก็บยาคืนดังกล่าว ตามแบบรายการเรียกเก็บยาคืนที่แนบท้ายคำรับรองนี้ ภายใน ๓๐ วัน นับแต่เริ่มมีการดำเนินการดังกล่าว

 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามคำรับรองที่ให้ไว้ทุกประการ หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามไม่ว่ากรณีใด ๆ ข้าพเจ้ายินยอมให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยายกเลิกคำขอขึ้นทะเบียนตำรับยาหรือทะเบียนตำรับยาที่ได้รับอนุมัติใบสำคัญแล้วดังกล่าวข้างต้น

 จึงลงชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ลงชื่อ |  | ผู้รับอนุญาต |
| ( |   | ) |
| วันที่ |  | เดือน |  | พ.ศ. |  |
|  ลงชื่อ |  | พนักงานเจ้าหน้าที่ |
| ( |  | ) |
| วันที่ |  | เดือน |  | พ.ศ. |  |