**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. | | | |  | |