

ใบตรวจรับเอกสารประกอบคำขอรับใบอนุญาตขายวัตถุอุกฤษ्ट ในประเภท 2 เพื่อการบำบัดรักษาหรือป้องกันโรค

ชื่อสถานประกอบการ.....ชื่อผู้ขอรับใบอนุญาตฯ.....

สำหรับ ผู้ประกอบการ	การตรวจรับเอกสาร	สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ	
		มี	ไม่มี
		ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง
<input type="checkbox"/>	1) คำขอรับใบอนุญาตขายวัตถุอุกฤษ्ट ในประเภท 2 (แบบ ข.ว.จ. 2-1)		
<input type="checkbox"/>	2) สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ให้มไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์		
<input type="checkbox"/>	3) สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ขาย		
<input type="checkbox"/>	4) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแวนดาสีเข้ม ของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือนก่อนวันยื่นคำขอ		
<input type="checkbox"/>	รพ.รัฐ ขอสำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน		
<input type="checkbox"/>	4) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ในอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ขั้นหนึ่งของผู้ขอรับใบอนุญาต		
<input type="checkbox"/>	5) สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) หรือสำเนาใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์ (สส.3)		
<input type="checkbox"/>	6) สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19) หรือสำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ (สส.4)		
<input type="checkbox"/>	7) สำเนาหนังสือรับรองแสดงการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ซึ่งนายทะเบียนของกระทรวง พาณิชย์ออกไว้ไม่เกิน 6 เดือน กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้รับ แต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่เป็นของนิติบุคคล (ตามกฎหมายว่าด้วย สถานพยาบาลหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์)		
<input type="checkbox"/>	8) หนังสือแสดงว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการของนิติบุคคล กรณีผู้ขอรับ ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่เป็นของ นิติบุคคล (ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์)		
<input type="checkbox"/>	9) แผนที่แสดงที่ตั้งและแผนผังแสดงที่เก็บวัตถุอุกฤษ्टของสถานพยาบาล		
<input type="checkbox"/>	10) รูปถ่ายสถานพยาบาลจำนวน 2 รูป (รูปที่ 1 แสดงลักษณะอาคาร รูปที่ 2 แสดง ป้ายและเลขที่ของสถานที่ตั้ง)		
<input type="checkbox"/>	11) ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตจำนวน 1000 บาท		
<input type="checkbox"/>	12) เอกสารเพิ่มเติมกรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นมายื่นเอกสาร		
<input type="checkbox"/>	หนังสือมอบอำนาจให้ผู้อื่นมายื่นเอกสารเกี่ยวกับใบอนุญาตฯ วัตถุสเปติด หรือแบบมอบอำนาจให้ผู้อื่นมายื่นเอกสารเกี่ยวกับใบอนุญาตฯ วัตถุสเปติด		
<input type="checkbox"/>	สำเนาบัตรข้าราชการ หรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ		
<input type="checkbox"/>	สำเนาบัตรข้าราชการหรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ หรือ แสดงบัตรของผู้รับมอบอำนาจ		

ข้าพเจ้าขอให้สัญญาว่า

- 1) จะปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขดังต่อไปนี้ ที่สานักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด
2) ยินยอมให้หน่วยรับรองระบบงานหรือองค์กร ที่เกี่ยวข้องกับการรับรองดำเนินการสังเกตการณ์การตรวจประเมินของคณะกรรมการอาหารและยา ณ สถานประกอบการของ ข้าพเจ้าตามที่ได้รับการร้องขอ
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังต่อไปนี้ เป็นความจริงทุกประการ และได้รับเอกสารหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับ การรับรองไว้เรียบร้อยแล้ว

ผลการตรวจรับ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ (ผู้ดำเนินกิจการ) /
(.....)ผู้รับมอบอำนาจให้ยื่นเอกสาร

<p>ครั้งที่ 1</p> <p><input type="checkbox"/> เอกสารครบถ้วน/ถูกต้อง รับคำขอและเอกสารไว้เพื่อดำเนินการต่อไป <input type="checkbox"/> เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก.....</p> <p><input type="checkbox"/> ให้ยื่นเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมภายในระยะเวลา 5 วันทำการนับจากวันที่ได้รับ เรื่องหากพ้นกำหนดจะส่ง返สิทธิ์คืนคำขอ <input type="checkbox"/> คืนเอกสารคำขอแล้วให้นำมาอีกใหม่พร้อมแก้ไขให้ถูกต้อง ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ ลงชื่อ..... รับทราบผลการตรวจเอกสารวันที่ /...../..... (กรณีไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง)</p> <p>ผู้ตรวจสอบเอกสาร ลงชื่อ..... วันที่..... /...../.....</p>	<p>ครั้งที่ 2</p> <p><input type="checkbox"/> เอกสารครบถ้วน <input type="checkbox"/> เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง คืนเอกสารคำขอ</p> <p>ผู้ตรวจเอกสารลงชื่อ..... วันที่..... /...../.....</p>
--	---