<u>แบบตรวจสอบเอกสารคำขอใบอนุญาต : นิติบุคคล</u> : ☐แบบตรวจสอบเอกสารคำขออนุญาต **ขอใหม่ตั้งแต่ข้อ1.5 เป็นต้นไป**
และ ☐แบบตรวจสอบเอกสารคำขอ**เปลี่ยนผู้รับอนุญาต ตั้งแต่ข้อ1.1 เป็นต้นไป**

ชื่อ-สกุล ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ..... โทรศัพท์..... E-mail..... ชื่อสถานที่ขาย/ผลิต/นำสั่ง..... เลขที่ใบอนุญาตขาย/ผลิต/นำสั่ง	*<u>โปรดนำเอกสารนี้ และใบรับคำขอ แนบมาพร้อมการแก้ไขข้อบกพร่อง (ถ้ามี) ในครั้งต่อไป</u>*

แบบฟอร์มที่ต้องใช้ตามกำหนดของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา คือ แบบคำขอทุกประเภท / คำขอฯ / คำรับรองฯ /หนังสือมอบอำนาจกระทำการแทน / หนังสือมอบอำนาจแต่งตั้งผู้ดำเนินกิจการ

➢➢➢➢**<u>ขอให้ผู้ยื่นคำขอจัดเรียงเอกสารตามบัญชีรายการเอกสารข้างล่าง และตรวจสอบด้วยตนเองพร้อมทั้งทำเครื่องหมาย</u>**

✓กรณีถูกต้องครบถ้วนตามข้อกำหนด หรือทำเครื่องหมาย ✘ กรณีไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วนตามข้อกำหนด หรือเครื่องหมาย –กรณีไม่จำเป็นต้องมี

ลำดับที่	รายการตรวจสอบเอกสารนิติบุคคล	ผู้ยื่นคำขอตรวจสอบ	เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ	บันทึกข้อบกพร่อง
<u>1.เอกสารที่ผู้ขออนุญาตต้องเตรียม (นิติบุคคล)</u>				
1.1	แบบคำขอเปลี่ยนผู้รับอนุญาต			
1.2	สำเนาบัตรประชาชนรับรองจริง (ผู้ดำเนินกิจการคนเดิม)			
1.3	สำเนาทะเบียนบ้านรับรองจริง (ผู้ดำเนินกิจการคนเดิม)			
1.4	ใบอนุญาต (ฉบับจริง)			
1.5	แบบคำขออนุญาต(ตามประเภท) ผู้ดำเนินกิจการคนใหม่กรอก* (สิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลงให้แจ้งในแบบคำขอนี้)			
1.6	รูปถ่ายของผู้รับอนุญาต (ผู้ดำเนินกิจการคนใหม่) ขนาด 3*4 ซม.(3รูป) ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน			
1.7	สำเนาบัตรประชาชนรับรองจริง (ผู้ดำเนินกิจการคนใหม่)			
1.8	สำเนาทะเบียนบ้านรับรองจริง (ผู้ดำเนินกิจการคนใหม่)			
1.9	สำเนาหนังสือขออนุญาตทำงานที่ออกโดยกระทรวงแรงงานฯและหนังสือเดินทาง(**กรณีบุคคลต่างด้าว**)			
1.10	ใบรับรองแพทย์<u>ตัวจริง</u> ของผู้ดำเนินกิจการคนใหม่ (ต้องไม่เกิน 3 เดือน) พร้อมระบุ5โรคต้องห้ามเป็นของผู้รับอนุญาตเกี่ยวกับยาดังต่อไปนี้ 1. โรคเรื้อน 2. วัณโรคในระยะอันตราย 3. โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม 4. โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง 5. โรคพิษสุราเรื้อรัง			

ลำดับที่	รายการตรวจสอบเอกสารนิติบุคคล	ผู้ยื่นคำขอตรวจสอบ	เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ	บันทึกข้อบกพร่อง
1.11	หนังสือรับรองบริษัท พร้อมแนบวัตถุประสงค์ของนิติบุคคล(ต้องมีระบุวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการประกอบธุรกิจ/กิจการด้านยา) ****** - ต้องจดเลขที่ตั้งสถานที่ขออนุญาตในหนังสือรับรองบริษัท - กรณีสถานที่เก็บยาที่อยู่คนละแห่งกับสสานที่ที่ขออนุญาต ☐กรณีเป็นสถานที่เก็บยาหากจดเลขที่ตั้งสถานที่ขออนุญาตในหนังสือรับรองบริษัทแล้ว ไม่ต้องแนบสัญญาเช่า (ข้อกำหนดอื่นๆอยู่หน้าถัดไป) ☐กรณีเป็นสถานที่เก็บยา หากไม่ได้จดเลขที่ตั้งสถานที่ขออนุญาตในหนังสือรับรองบริษัท **ต้องแนบสัญญาเช่า** *****หากมีระบุให้ลงลายมือชื่อ พร้อมประทับตราสำคัญของบริษัท***** **ต้องมีประทับตราฯแล้ว จึงจะถือว่าเอกสารนั้นสมบูรณ์**			
1.12	หนังสือมอบอำนาจแต่งตั้งผู้ดำเนินกิจการ (พร้อมอากรแสตมป์ 30 บาท)			
1.13	**สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ที่ขออนุญาตและสถานที่เก็บยา** - **กรณีสำเนาทะเบียนบ้านไม่มีผู้อยู่อาศัย(ทะเบียนบ้านลอย)** ใช้เอกสารอื่นประกอบ อย่างใดอย่างหนึ่ง** ดังต่อไปนี้ [ ] สำเนาสัญญาซื้อ-ขาย สิ่งปลูกสร้างฯ [ ] สำเนาใบอนุญาตก่อสร้าง [ ] สำเนาเอกสารอ้างกรรมสิทธิ์ - **กรณีสำเนาทะเบียนบ้าน มีผู้อยู่อาศัย** คนที่ลงนามเป็นผู้ให้เช่า ต้องมีสภาพเป็นเจ้าบ้านเท่านั้น			
1.15	สำเนาบัตรประชาชนรับรองจริง ของเจ้าของสถานที่ที่ให้เช่า / ยินยอม (กรณีเช่าสถานที่)			
1.16	สำเนาบัตรประชาชนรับรองจริง ของกรรมการที่มีอำนาจ			
1.17	หนังสือมอบอำนาจกระทำการแทนผู้ดำเนินกิจการ (กรณีผู้ดำเนินกิจการ ไม่สามารถติดต่อด้วยตนเอง) ติดอากรแสตมป์ 10 บาท			
1.17	สำเนาบัตรประชาชนของ ผู้มอบอำนาจ และ ผู้รับมอบอำนาจรับรองจริง			

ลำดับที่	รายการตรวจสอบเอกสารนิติบุคคล	ผู้ยื่นคำขอตรวจสอบ	เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ	บันทึกข้อบกพร่อง
2.เอกสาร ที่ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องเตรียม				
2.1	คำรับรองผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ(ตามประเภท) ต้องมารับรองต่อหน้าเจ้าหน้าที่			
2.2	คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน***(กรณีใบอนุญาตขายยา)*** ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด (แบบ ข..ย. 14 หน้า3)			
2.3	สัญญาระหว่างเจ้าของคนใหม่/ผู้ขออนุญาต และผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ จำนวน 3 ชุด			

ลำดับที่	รายการตรวจสอบเอกสารนิติบุคคล	ผู้ยื่นคำขอตรวจสอบ	เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ	บันทึกข้อบกพร่อง
2.4	ใบรับรองแพทย์ตัวจริง (ต้องไม่เกิน3 เดือน) พร้อมระบุ 5โรคต้องห้ามเป็น ของผู้รับอนุญาตเกี่ยวกับยา ดังต่อไปนี้ (1) โรคเรื้อน (2) วัณโรคในระยะอันตราย (3) โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม (4) โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง (5) โรคพิษสุราเรื้อรัง			
2.5	สำเนาใบประกอบโรคศิลปะ หรือสำเนาใบประกอบวิชาชีพ			
2.6	สำเนาหนังสือรับรองการอบรมการประชุมเชิงปฏิบัติการ หรือสำเนาใบเสร็จรับเงินเข้าร่วมการอบรม			
2.7	สำเนาผลการค้นหา รายชื่อผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม จากเว็บไซต์สภาเภสัชกรรม(http://www.pharmacycouncil.org/index.php)			
2.8	สำเนาบัตรประชาชน			
2.9	สำเนาทะเบียนบ้าน			

******* เอกสารในลำดับที่ 2.5 – 2.9 ให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการลงนามรับรองสำเนาถูกต้องทุกแผ่น*******

ลำดับที่	รายการตรวจสอบเอกสารนิติบุคคล	ผู้ยื่นคำขอตรวจสอบ	เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ	บันทึกข้อบกพร่อง
3.	**เอกสารอื่นๆ** รูปถ่าย, แผนที่, แผนผัง ของสถานที่ที่ขออนุญาตจำนวน 1 ชุด (ตามแบบฟอร์มประเภทคำขอ) **กรณี ขอใบอนุญาตผลิตฯ** ต้องแนบสำเนาแบบแปลนที่ได้รับการอนุมัติแล้ว และ บันทึกผลการตรวจสถานที่			

สำหรับผู้ยื่นคำขอฯ	สำหรับเจ้าหน้าที่	ออกใบรับคำขอเลขที่.....
<u>ครั้งที่ 1 (ยื่นคำขอครั้งแรก)</u> ลงชื่อ.....(ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ) (.....) วันที่..... **รับทราบข้อบกพร่อง และจะแก้ไขให้แล้วเสร็จภายใน.....วันทำการ นับแต่วันถัดจากวันที่รับคำขอ** (ถ้ามี) ลงชื่อ.....(ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ) (.....) วันที่.....		**<u>ครั้งที่ 1 (ยื่นคำขอครั้งแรก)</u>** ☐ **รับคำขอเพราะเอกสารครบถ้วนถูกต้อง** ☐ **รับคำขอแต่มีเงื่อนไข เพราะเอกสารไม่ครบถ้วนถูกต้องพบข้อบกพร่องตามที่ระบุไว้ข้างต้น ต้องแก้ไขให้แล้วเสร็จภายใน.....วันทำการ นับแต่วันถัดจากวันที่รับคำขอ <u>หากพ้นกำหนดจะยกเลิกและส่งคืนคำขอ</u>ต่อไป** (ให้ผู้ยื่นคำขอลงนามรับทราบและรับสำเนาบันทึกข้อบกพร่อง) ลงชื่อเจ้าหน้าที่ตรวจสอบเบื้องต้น..... วันที่..... ลงชื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ผู้พิจารณา..... วันที่.....
<u>ครั้งที่ 2 (การแก้ไขข้อบกพร่อง)</u> ข้าพเจ้าได้ยื่นเอกสารการแก้ไขข้อบกพร่อง ไว้จำนวน..... รายการตามที่ระบุในบันทึกข้อบกพร่อง ลงชื่อ.....(ผู้ยื่นเอกสารแก้ไขข้อบกพร่อง/ผู้รับมอบอำนาจ) (.....) วันที่.....		**<u>ครั้งที่ 2 (การแก้ไขข้อบกพร่อง)</u>** ☐ แก้ไขข้อบกพร่องครบถ้วน ลงชื่อเจ้าหน้าที่เจ้าของเรื่อง..... วันที่..... ☐ ขอส่งคืนคำขอและเอกสารประกอบทั้งหมด เนื่องจาก ☐ ไม่มาแก้ไขข้อบกพร่องภายในระยะเวลาที่กำหนด ☐ การแก้ไขข้อบกพร่องไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง ท่านมีสิทธิ์ยื่นคำขอใหม่ โดยจัดเตรียมเอกสารให้ถูกต้องครบถ้วนและสอดคล้องตามกฎหมาย หรือจะอุทธรณ์การคืนคำขอครั้งนี้ก็ได้ขอให้ยื่นคำอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยได้ภายใน 15 วันทำการ นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ ลงชื่อเจ้าหน้าที่เจ้าของเรื่อง..... วันที่.....
<u>รับคืนคำขอ</u> ลงชื่อ.....(ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ) (.....) วันที่.....		