

## คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

เดือนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า..... อายุ ..... ปี สัญชาติ .....

เลขที่บัตรประชาชน          

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... ตรอก / ซอย ..... ถนน .....

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

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....

โทรศัพท์มือถือ ..... E mail .....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... ตรอก / ซอย ..... ถนน .....

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

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....

โทรศัพท์มือถือ ..... E mail .....

ขอให้คำรับรองต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ว่า

 ผู้ประกอบวิชาชีพ .....(๑) ข้าพเจ้าเป็น  ผู้สำเร็จหลักสูตรการอบรมตามมาตรา ๕๙ แห่งพระราชบัญญัติฯ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๒  
(เฉพาะสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช้ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ)  
ใบประกอบวิชาชีพ / หนังสือรับรอง เลขที่ .....

ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ..... วันหมดอายุ (ถ้ามี) .....

(๒) ข้าพเจ้าไม่อยู่ระหว่างการพักใช้ใบประกอบวิชาชีพ

(๓) ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขณะนี้ข้าพเจ้าไม่ได้เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแห่งใด

(๔) ขณะนี้ข้าพเจ้า  ไม่ได้รับราชการหรือทำงานอยู่แห่งใด  
 รับราชการหรือทำงานอยู่ที่ .....  
เวลาราชการ / เวลาทำงาน .....

(๕) ข้าพเจ้าจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำ ณ สถานที่ขายยาเชื่อ .....

ตั้งอยู่เลขที่..... ตรอก / ซอย ..... ถนน .....

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

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....

เวลาปฏิบัติการ .....

(๖) ข้าพเจ้ารับทราบและจะปฏิบัติตามหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวกับยากำหนดไว้ ตลอดระยะเวลาที่ข้าพเจ้าเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่แห่งนี้โดยเคร่งครัด

ข้าพเจ้าได้แนบทลักษณ์มาด้วย คือ

- (๑) สำเนาทะเบียนบ้าน
- (๒) สำเนาบัตรประชาชน
- (๓) คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน พร้อมตราประทับในการผู้รับราชการหรือทำงาน
- (๔) เอกสารอื่น ๆ (ถ้าจำเป็น)

ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าหน้าที่

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ให้คำรับรอง  
 (ลายมือชื่อ) ..... พนักงานเจ้าหน้าที่

คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน  
เพื่อเป็นหลักฐานประกอบคำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในการเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในร้านขายยา  
ตามกฎหมายและการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

พ.ศ. ๒๕๕๖

เขียนที่ .....  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

ข้าพเจ้า.....  
ตำแหน่ง ..... ชื่อหน่วยงาน .....  
ตั้งอยู่ ณ เลขที่ ..... หมู่บ้าน/อาคาร ..... ตรอก/ซอย .....  
หมู่ที่ ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....  
จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....  
มือถือ ..... E-mail .....

เป็นผู้บังคับบัญชา / หัวหน้างาน ของ .....

เลขที่บัตรประชาชน  เป็นผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ และปฏิบัติงานในตำแหน่ง<sup>ประจำ คือ .....</sup> สังกัด (แผนก/ฝ่าย) .....

ในหน่วยงานชื่อ .....

เวลาปฏิบัติงานในหน่วยงาน คือ .....

จึงเรียนมาเพื่อทราบ



ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง .....

เฉพาะกรณีที่เกลี้ยกล่ามให้รับราชการ พื้นที่ ท่าajanประจा (ให้กรอกข้อความ อ่านและลงนามท้ายล่างนี้)

ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่ได้รับราชการหรือทำงานประจำที่ใด  
ทั้งนี้ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าหน้าที่ฯ

ลงชื่อ .....

(.....)

galakrungthai bank