

## คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า ..... อายุ ..... ปี สัญชาติ .....  
 อายุเลขที่ ..... ตรอก / ซอย ..... ถนน .....  
 หมู่ที่ ..... ตำบล / แขวง ..... อำเภอ / เขต .....  
 จังหวัด ..... โทรศัพท์ ..... ขอให้คำรับรองต่อหนังงาน  
 เจ้าหน้าที่ ว่า

- (๑) ข้าพเจ้าเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณสาขา .....  
 ในอนุญาตที่ ..... ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....
- (๒) ข้าพเจ้า  ไม่เคยเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแห่งใดมาก่อน  
 เคยเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา ..... แห่ง<sup>(ชื่อสถานที่)</sup>  
 พระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ ของ ..... จังหวัด ..... นากรอน
- แต่ได้เลิกการเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ณ สถานที่ดังกล่าวตั้งแต่วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....
- (๓) ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขณะนี้ข้าพเจ้ามิได้เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่ประกอบธุรกิจ  
 เกี่ยวกับยาแห่งใด
- (๔) ขณะนี้ข้าพเจ้า  ไม่ได้รับราชการหรือทำงานอยู่แห่งใด  
 รับราชการหรือทำงานประจำอยู่ที่ .....  
 เวลาทำการ .....  
 (๕) ข้าพเจ้าจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำ ณ สถานที่ประกอบธุรกิจชื่อ .....  
 อายุเลขที่ ..... ตรอก / ซอย ..... ถนน .....  
 หมู่ที่ ..... ตำบล / แขวง ..... อำเภอ / เขต .....  
 จังหวัด ..... โทรศัพท์ .....

ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าอาจถูกดำเนินคดีฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

คำรับรองนี้ทำต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

(ลายมือชื่อ) .....

ผู้ให้คำรับรอง

(ลายมือชื่อ) .....

พนักงานเจ้าหน้าที่

หมายเหตุ :-  ใส่เครื่องหมาย  ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ