

เจริญที่.....

.....  
.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์พิจารณาแบบแปลนสถานที่ผลิตยาแผน

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

ด้วยข้าพเจ้า.....  
มีความประสงค์ที่จะ  จัดสร้าง /  ปรับปรุงแก้ไข /  อื่นๆ

สถานที่ผลิตยาแผน..... ชื่อ.....  
ตั้งอยู่เลขที่..... นิคม..... หมู่ที่..... ถนน.....  
ซอย..... เขต/อำเภอ..... แขวง/ตำบล..... จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์..... เมืองโทรศาร.....  
ใบอนุญาตเลขที่..... (หากมี) ในหมวดการผลิตตามรายการหมวดการผลิตยาที่ขอรับการพิจารณาแบบแปลน  
ตามแบบ ม.ป.1/ม.บ.1 และรายละเอียดตามแบบแปลน ที่แนบจำนวน ..... ชุด ชุดละ..... แผ่น รวมทั้งสิ้น  
..... แผ่น มาด้วยแล้ว.....

(หมายเหตุ: กรณีประสงค์ปรับปรุงแก้ไข ให้แนบสำเนาแบบแปลนที่เคยได้รับอนุมัติมาด้วย จำนวน 1 ชุด)

ในการนี้จึงขอความอนุเคราะห์พิจารณาแบบแปลนสถานที่ผลิตยาฯ ตามความประสงค์ข้างต้น  
เพื่อให้สอดคล้องกับหลักเกณฑ์และวิธีการผลิตยา  (GMP) /  (FMP) ตามประกาศกระทรวง  
สาธารณสุข ที่ได้กำหนดไว้ด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้ติดต่อ .....  
โทรศัพท์ .....  
Email .....

รายการหมวดยาที่ประสงค์ขอรับการพิจารณาแบบแปลนสถานที่ผลิตหรือแบ่งบรรจุ ยานา闷ใบอนุ

ชื่อสถานที่ผลิตยา.....

เลขที่ใบอนุญาต..... จังหวัด.....

ที่ประสงค์  จัดสร้าง /  ปรับปรุงแก้ไข /  อื่นๆ.....

ອົບຍາຮ່າຍລະເອີ້ດການດຳເນີນການ ສ້າງໃໝ່/ປັບປຸງແກ້ໄຂ/ອື່ນໆ (ພວສັງເຂັປ)

หากไม่ประسังค์ เยี่ยนถ้อยคำ ในส่วนของ “อธิบายรายละเอียดการดำเนินการ” ท่านสามารถแนบเอกสารแสดงรายละเอียด ตามรูปแบบที่เหมาะสมของท่าน เพิ่มเติมได้

Dosage form	Type of product		
	ยาเดี่ยว (A)	ยาผสม (B)	อื่นๆ (C)
<b>๑. ยาใช้ภายใน(รับประทาน)</b>	(ระบุหมวดการผลิตยาที่ขอรับการพิจารณา)		
รูปแบบของเหลวสำหรับใช้ภายใน Liquids for internal use			
รูปแบบผง Powders			
รูปแบบเม็ด Tablets			
รูปแบบลูกกลอน Pills			
รูปแบบแคปซูลแข็ง Capsules, hard shell			
รูปแบบสารผสมลงหัวสำหรับสัตว์ Veterinary premixes			
อื่นๆ.....			
<b>๒. ยาที่ใช้ภายนอก</b>	(ระบุหมวดการผลิตยาที่ขอรับการพิจารณา)		
รูปแบบของเหลวสำหรับใช้ภายนอก Liquids for external use			
รูปแบบผง Powders			
รูปแบบกึ่งแข็ง Semi-solids (ยาชีส)			
รูปแบบกึ่งแข็ง Semi-solids (ยาครีม)			
รูปแบบลูกประคบ Herbal compressed balls			
รูปแบบแผ่น Sheets			
รูปแบบแท่ง Sticks			
อื่นๆ.....			
<b>๓. ยาใช้ภายใน(รับประทาน)ที่ผลิตด้วยกรรมวิธีพิเศษ (มาตรฐาน GMP PIC/S)</b>	(ระบุหมวดการผลิตยาที่ขอรับการพิจารณา)		
รูปแบบเม็ดเคลือบฟิล์ม			
รูปแบบแคปซูลอ่อน Capsules, soft shell			
รูปแบบเม็ดเคลือบน้ำตาล			
รูปแบบที่ใช้กรรมวิธีการคลิตแบบ Spray Dry หรือแบบ Freeze Dry			
รูปแบบสกัดที่ใช้สารสกัดชิ้นไม้ไผ่น้ำหรือแอลกอฮอล์			
รูปแบบที่ผลิตโดยใช้แกสซั่นเคมีภัณฑ์ชนิดที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด			
อื่นๆ.....			
<b>๔. ผลิตภัณฑ์ระหว่างผลิต Intermediate Products</b>	(ระบุหมวดการผลิตยาที่ขอรับการพิจารณา)		
ระบุรายการยาที่ผลิต (Specify lists of products).....			
<b>๕. กระบวนการผลิตอื่นๆนอกเหนือจากนี้ (โปรดระบุ) Other manufacturing operation (Please specify)</b>	(ระบุหมวดการผลิตยาที่ขอรับการพิจารณา)		
กระบวนการเตรียมวัตถุดิบ (Raw material preparation).....			

✓ ความประสงค์ การขอรับรองสถานที่ในครั้งนี้

- สำหรับผลิตยาแผนโบราณ ที่ไม่มีการแปรรูปวัตถุดิบสมุนไพร (รับวัตถุดิบมาตรฐาน GMP)
- สำหรับผลิตยาแผนโบราณ ที่มีการแปรรูปวัตถุดิบสมุนไพร
- สำหรับผลิตวัตถุดิบแผนโบราณเท่านั้น
- สำหรับเบ่งบรรจุยาแผนโบราณ
- สำหรับผลิตและเบ่งบรรจุยาแผนโบราณ