แบบตรวจสอบตนเอง สำหรับขอรับการพิจารณาแบบแปลนสถานที่ผลิตยา

☐ แผนปัจจุบัน ☐ แผนโบราณ ชื่อ.....

เลขที่ใบอนุญาต.....จังหวัด.....

ที่ประสงค์ ☐ จัดสร้าง / ☐ ปรับปรุงแก้ไข / ☐ อื่นๆ.....

.....

ลำดับ	รายการเอกสาร	จำนวน	ความครบถ้วน		หมายเหตุ
			ครบ	ไม่ครบ	
1	แบบคำขอพิจารณาแบบแปลน	.....แผ่น	☐	☐	....
2	แบบแปลนสถานที่ผลิตยาฉบับที่ประสงค์จะขอรับการพิจารณา (ฉบับจริง)	.....ชุด ชุดละ.....แผ่น รวม.....แผ่น	☐	☐	....
3	แบบแปลนสถานที่ผลิตยาฉบับที่เคยได้รับการอนุมัติครั้งล่าสุด (ฉบับสำเนา)	.....ชุด ชุดละ.....แผ่น รวม.....แผ่น	☐	☐	....
4	รายการหมวดการผลิตยาที่ขอรับการพิจารณาแบบแปลน (แบบ ม.ป.1/ม.บ.1)	.....แผ่น	☐	☐	....
5	หนังสือมอบอำนาจ กรณีให้ทำการแทน (ปิดอากรแสตมป์ 10 บาท) ฉบับจริง 1 ชุด สำเนา 1 ชุด	.....แผ่น	☐	☐	....
6	กรณีมอบอำนาจ ให้แนบสำเนาบัตรประชาชนผู้มอบและผู้รับมอบ อย่างละ 1 แผ่น	.....แผ่น	☐	☐	....
7	อื่นๆ(หากมี) เช่น..... รายละเอียดการสร้าง/แก้ไข	.....แผ่น	☐	☐	....

สำหรับผู้ประกอบการ

.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ตรวจเมื่อวันที่...../...../.....

หมายเหตุ

1. แบบแปลนสถานที่ผลิตยาฉบับที่ประสงค์จะขอจัดสร้าง/ปรับปรุงแก้ไข/อื่นๆ ขั้นต่ำ จำนวน 3 ชุด
2. แบบแปลนสถานที่ผลิตยาฉบับที่เคยได้รับการอนุมัติ (กรณีประสงค์แก้ไขปรับปรุง) ขั้นต่ำ จำนวน 1 ชุด

สำเนา

แบบตรวจสอบตนเอง สำหรับขอรับการพิจารณาแบบแปลนสถานที่ผลิตยา (ต่อ)

<u>กรณี</u> แก้ไข/ปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง/อื่นๆ สำหรับผู้ประกอบการ

Criteria การปรับปรุงแก้ไข	Type of Criteria	โปรดกาเครื่องหมาย √ ถูก ในช่องด้านล่างนี้
70%≤ พื้นที่แก้ไขปรับปรุงเปลี่ยนแปลง	Major change	
40%< พื้นที่แก้ไขปรับปรุงเปลี่ยนแปลง < 70%	Medium change	
พื้นที่แก้ไขปรับปรุงเปลี่ยนแปลง ≤ 40%	Minor change	

หมายเหตุ

1. การแก้ไข/ปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง ต่อเติมโครงสร้าง คิดจากพื้นที่ภายในอาคารสถานที่ผลิตยา ต่อ 1 ชั้น
2. รายละเอียดปลีกย่อยของ แต่ละประเภท Criteria ให้ศึกษาจาก คู่มือประชาชน

สำหรับเจ้าหน้าที่

ส่วนที่ 2

ตรวจ ครั้งที่ 1

สำหรับเจ้าหน้าที่	จุดประทับตรา ครบถ้วน/ไม่ครบถ้วน
..... (.....) ตำแหน่ง..... ตรวจเมื่อวันที่...../...../.....	

ตรวจครั้งที่ 2

สำหรับเจ้าหน้าที่	จุดประทับตรา ครบถ้วน/ไม่ครบถ้วน
..... (.....) ตำแหน่ง..... ตรวจเมื่อวันที่...../...../.....	