

ด่วนที่สุด

ที่ สท ๐๐๓๒.๐๐๔/๓๐๖๖



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
ต.บ้านกล้วย อ.เมือง สท ๖๔๐๐๐

๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๓

เรื่อง การต่ออายุใบอนุญาตยาแผนปัจจุบัน

เรียน ผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันทุกประเภท

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. คำขอต่ออายุใบอนุญาต (ข.ย. ๑๕)	จำนวน	๑	ฉบับ
	๒. คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (ข.ย. ๑๔)	จำนวน	๑	ฉบับ
	๓. สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	จำนวน	๓	ฉบับ
	๔. หนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน	จำนวน	๑	ฉบับ
	๕. อัตราค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาต	จำนวน	๑	ฉบับ
	๖. แบบประเมินความพึงพอใจ	จำนวน	๑	ฉบับ

ด้วยใบอนุญาตเกี่ยวกับยาแผนปัจจุบันทุกประเภทที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ได้ออกให้ไว้ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ หรือต่ออายุในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ จะสิ้นอายุในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๓ นี้ ตามกฎหมายกำหนดถ้าผู้รับอนุญาตประสงค์จะต่ออายุใบอนุญาตให้ยื่นคำขอก่อนใบอนุญาตจะสิ้นอายุ ดังนั้น ขอให้ผู้ที่ได้รับอนุญาตเกี่ยวกับยาที่ประสงค์จะประกอบธุรกิจต่อไปในปี ๒๕๖๔ ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตตาม รายละเอียด ดังนี้

๑. ยื่นเอกสารหลักฐาน ดังนี้

- ๑.๑ คำขอต่ออายุใบอนุญาตตามประเภทที่ได้รับอนุญาต ตามสิ่งที่ส่งมาด้วยนี้ (๑)
- ๑.๒ ใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแผนปัจจุบันฉบับจริงหรือใบแทน
- ๑.๓ ใบรับรองแพทย์ที่ออกให้ไม่เกิน ๓ เดือน (ระบุไม่เป็นโรคต้องห้าม ๕ โรค ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๒๒) **ของผู้รับอนุญาต หรือผู้ดำเนินการกิจการ**
- ๑.๔ ใบรับรองแพทย์ที่ออกให้ไม่เกิน ๓ เดือน (ระบุไม่เป็นโรคต้องห้าม ๕ โรค ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๒๒) **ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกคน**
- ๑.๕ เอกสารแสดงว่าผู้ดำเนินการกิจการซึ่งเป็นผู้แทนหรือผู้จัดการนิติบุคคลของนิติบุคคล (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)
- ๑.๖ สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
- ๑.๗ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
- ๑.๘ คำรับรองตามแบบ ข.ย. ๑๔ พร้อมเอกสารประกอบ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วยนี้ (๒)
- ๑.๙ สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วยนี้ (๓)
- ๑.๑๐ หนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน (กรณีผู้รับอนุญาตไม่มายื่นเอง) ตามสิ่งที่ส่งมาด้วยนี้ (๔)
- ๑.๑๑ รูปถ่ายของผู้รับอนุญาต หรือผู้ดำเนินการ (กรณีพื้นที่ที่ต่ออายุใบอนุญาตเต็มแล้ว) ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป (หน้าตรง ไม่ยิ้ม ไม่สวมแว่นตา และหมวก)

/๒. ชำระ.....

๒. ชำระค่าธรรมเนียมตามประเภทที่ได้รับอนุญาต รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วยนี้ (๕)

ท่านสามารถยื่นคำขอต้ออายุได้ ณ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ชั้น ๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ระหว่างเวลา ๐๙.๐๐-๑๒.๐๐ น. และ ๑๓.๐๐-๑๕.๓๐ น. ได้ตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๓ โดยในปีการชำระค่าธรรมเนียม ต้ออายุใบอนุญาตและค่าใช้จ่ายที่จัดเก็บจากผู้ยื่นคำขอเป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่จะจัดเก็บจากผู้ยื่นคำขอในกระบวนการพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์ยา พ.ศ. ๒๕๖๐

การต้ออายุใบอนุญาตให้ยื่นคำขอก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ หากยื่นคำขอต้ออายุหลังใบอนุญาต สิ้นอายุแล้วจะต้องเสียค่าปรับเป็นรายวันๆ ละ ๑๐๐ บาท (สำหรับบุคคลธรรมดา) หรือ ๒๐๐ บาท (สำหรับ นิติบุคคล) และหลังวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๔ ไม่สามารถขอต้ออายุใบอนุญาตได้

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการตามวันและเวลาที่กำหนด

ขอแสดงความนับถือ



(นางเมตตา ลิ้มปวราลัย)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ

คำขอต่ออายุใบอนุญาต

- ขยายแผนปัจจุบัน
 ขยายสัญญาแผนปัจจุบัน
 ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่
ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
 ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า

(ชื่อผู้รับอนุญาต)

มีผู้ดำเนินการ ชื่อ..... (เฉพาะกรณีนิติบุคคล)

เลขที่บัตรประชาชน ได้รับอนุญาตให้ขยาย.....

ใบอนุญาตเลขที่..... ณ สถานที่ขยายชื่อ.....

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

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

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

ขอต่ออายุใบอนุญาตดังกล่าว เพื่อใช้ต่อไปในปี พ.ศ.....

ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามมาตรา ๑๔ ของพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ ซึ่งไม่เป็นบุคคลล้มละลาย และ
ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

- (๑) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับรองว่าผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินการสุขภาพแข็งแรงและ
ไม่เป็นโรคตามมาตรา ๑๔ (๖) แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐
- (๒) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับรองว่าผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการมีสุขภาพแข็งแรงสามารถประกอบวิชาชีพ
ได้
- (๓) ใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแผนปัจจุบันหรือใบแทน
- (๔) เอกสารแสดงว่าผู้ดำเนินการซึ่งเป็นผู้แทนหรือผู้จัดการนิติบุคคลของนิติบุคคล (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)
- (๕) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับอนุญาต
- (๖) คำรับรองตามแบบ ข.ย. ๑๕ พร้อมเอกสารประกอบ
- (๗) ผลการตรวจประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน
- (๘) เอกสารอื่น ๆ (ถ้าจำเป็น)

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ยื่นคำขอ
(.....)(ตัวบรรจง)

หมายเหตุ :- ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

เขียนที่

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 ๔๘ แห่งพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๒๒
(เฉพาะสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุกสำเร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ)

ใบประกอบวิชาชีพ / หนังสือรับรอง เลขที่

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

(๒) ข้าพเจ้าไม่อยู่ระหว่างการพักใช้ใบประกอบวิชาชีพ

(๓) ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขณะนี้ข้าพเจ้ามิได้เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแห่งใด

(๔) ขณะนี้ข้าพเจ้า ไม่ได้รับราชการหรือทำงานอยู่แห่งใด

รับราชการหรือทำงานอยู่ที่

เวลาราชการ / เวลาทำงาน

(๕) ข้าพเจ้าจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำ ณ สถานที่ขายยาชื่อ

ตั้งอยู่เลขที่ ตรอก / ซอย ถนน

หมู่ที่ ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

เวลาปฏิบัติการ

(๖) ข้าพเจ้ารับทราบและจะปฏิบัติตามหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่กำหนดไว้ ตลอดระยะเวลาที่ข้าพเจ้าเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่แห่งนี้โดยเคร่งครัด

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

(๑) สำเนาทะเบียนบ้าน

(๒) สำเนาบัตรประชาชน

(๓) คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน พร้อมตราประทับในกรณีรับราชการหรือทำงาน

(๔) เอกสารอื่น ๆ (ถ้าจำเป็น)

ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญารฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

กรณีการขอใบอนุญาตใหม่ ให้ทำคำรับรองนี้ต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

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

หมายเหตุ :- ใส่เครื่องหมาย ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน
เพื่อเป็นหลักฐานประกอบคำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในการเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในร้านขายยา
ตามกฎหมายกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน
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
ประจำ คือสังกัด (แผนก/ฝ่าย)
ในหน่วยงานชื่อ เวลาปฏิบัติงานในหน่วยงาน คือ น.

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ



(.....)

ตำแหน่ง

เฉพาะกรณีที่เกษตรกรไม่ได้รับราชการ หรือ ทำงานประจำ (ให้กรอกข้อความ อ่านและลงนามข้างล่างนี้)

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า ข้าพเจ้า **ไม่**ได้รับราชการหรือทำงานประจำที่ได้
ทั้งนี้ข้าพเจ้าทราบว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

ลงชื่อ

(.....)

เกษตรกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

**สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สัญญาระหว่าง.....ในนามของ.....

เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดสุโขทัย

ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า "ผู้รับอนุญาต" ฝ่ายหนึ่งกับ.....

() การบำบัดโรคสัตว์

ผู้ประกอบ () โรคศิลปะแผน.....สาขา.....

() วิชาชีพเภสัชกรรม

ชั้น.....ใบสัญญาเลขที่.....ซึ่งต่อไปในสัญญาเรียกว่า "ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ" อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำสัญญานี้เพื่อปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 รวมกัน โดยมีข้อความดังต่อไปนี้

1. ผู้รับอนุญาตยินยอมและตกลงให้ปฏิบัติการเข้าปฏิบัติการ ณ สถานที่ขยายยาของผู้รับอนุญาตเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

2. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการยินยอมรับปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ในหน้าที่ที่กำหนดไว้ตามข้อ 1 ของสัญญานี้ทุกประการ

3. ผู้รับอนุญาตยินยอมจ่ายเงินทดแทนเป็นรายเดือนให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเดือนละ.....บาท
(.....) ภายในวันสิ้นเดือน ปฏิทินทุกๆเดือน

4. หนังสือสัญญานี้มีอายุถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.....

5. หากคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดบอกเลิกก่อนครบกำหนดตามข้อ 4. ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้ฝ่ายหนึ่งทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า.....วัน และต้องแจ้งให้ผู้อนุญาตทราบตามกฎหมายด้วย

6. หากต้องการแก้ไขเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการปฏิบัติอยู่ เพื่อให้การปฏิบัติการเป็นไปโดยถูกต้องตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และกฎกระทรวง ซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติยาฉบับดังกล่าว ผู้รับอนุญาตยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกประการ

7. ภาษีเงินได้ที่จะต้องเสียตามกฎหมายผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตกลงว่า.....เป็นผู้เสีย

8. หากปรากฏว่าคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไม่ปฏิบัติตามสัญญานี้แม้แต่ข้อหนึ่งข้อใดสัญญานี้เป็นอันเลิกทันที โดยคู่สัญญาไม่ต้องปฏิบัติตามข้อ 5. และคู่สัญญามีสิทธิที่จะฟ้องเรียกค่าเสียหายได้ตามกฎหมาย หากมีการฟ้องร้องกันขึ้นทั้งสองฝ่ายตกลงกันว่าฝ่ายที่ผิดสัญญาจะต้องเป็นผู้ชดใช้จ่ายในการฟ้อง เช่น ค่าทนายและค่าธรรมเนียมศาลอื่นๆ เป็นต้น

9. สัญญานี้ทำขึ้นเป็นสามฉบับมีข้อความตรงกัน คู่สัญญายึดถือไว้คนละหนึ่งฉบับ และมอบให้ผู้อนุญาตเก็บไว้เป็นหลักฐานหนึ่งฉบับ

คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายต่างเข้าใจข้อความในสัญญานี้ดีแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต

ลงชื่อ.....ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....พยาน

ลงชื่อ.....พยาน

**สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สัญญาระหว่าง.....ในนามของ.....

เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดสุโขทัย

ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า "ผู้รับอนุญาต" ฝ่ายหนึ่งกับ.....

() การบำบัดโรคสัตว์

ผู้ประกอบ () โรคศิลปะแผน.....สาขา.....

() วิชาชีพเภสัชกรรม

ชั้น.....ใบสัญญาเลขที่.....ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า "ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ" อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำสัญญานี้เพื่อปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 รวมกัน โดยมีข้อความดังต่อไปนี้

1. ผู้รับอนุญาตยินยอมและตกลงให้ปฏิบัติการเข้าปฏิบัติการ ณ สถานที่ขายยาของผู้รับอนุญาตเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

2. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการยินยอมรับปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ในหน้าที่ที่กำหนดไว้ตามข้อ 1 ของสัญญานี้ทุกประการ

3. ผู้รับอนุญาตยินยอมจ่ายเงินทดแทนเป็นรายเดือนให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเดือนละ.....บาท (.....) ภายในวันสิ้นเดือน ปฏิทินทุกๆเดือน

4. หนังสือสัญญานี้มีอายุถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.....

5. หากคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดบอกเลิกก่อนครบกำหนดตามข้อ 4. ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้ฝ่ายหนึ่งทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า.....วัน และต้องแจ้งให้ผู้อนุญาตทราบตามกฎหมายด้วย

6. หากต้องการแก้ไขเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการปฏิบัติอยู่ เพื่อให้การปฏิบัติการเป็นไปโดยถูกต้องตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และกฎกระทรวง ซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าว ผู้รับอนุญาตยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกประการ

7. ภาษีเงินได้ที่จะต้องเสียตามกฎหมายผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตกลงว่า.....เป็นผู้เสีย

8. หากปรากฏว่าคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไม่ปฏิบัติตามสัญญานี้แม้แต่ข้อหนึ่งข้อใดสัญญานี้เป็นอันเลิกทันที โดยคู่สัญญาไม่ต้องปฏิบัติตามข้อ 5. และคู่สัญญามีสิทธิที่จะฟ้องเรียกค่าเสียหายได้ตามกฎหมาย หากมีการฟ้องร้องกันขึ้นทั้งสองฝ่ายตกลงกันว่าฝ่ายที่ผิดสัญญาจะต้องเป็นผู้ชดใช้จ่ายในการฟ้อง เช่น ค่าทนายและค่าธรรมเนียมศาลอื่นๆ เป็นต้น

9. สัญญานี้ทำขึ้นเป็นสามฉบับมีข้อความตรงกัน คู่สัญญาถือไว้คนละหนึ่งฉบับ และมอบให้ผู้อนุญาตเก็บไว้เป็นหลักฐานหนึ่งฉบับ

คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายต่างเข้าใจข้อความในสัญญานี้ดีแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต

ลงชื่อ.....ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....พยาน

ลงชื่อ.....พยาน

**สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สัญญาระหว่าง.....ในนามของ.....

เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดสุโขทัย

ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า "ผู้รับอนุญาต" ฝ่ายหนึ่งกับ.....

() การบำบัดโรคสัตว์

ผู้ประกอบ () โรคศิลปะแผน.....สาขา.....

() วิชาชีพเภสัชกรรม

ชั้น.....ใบสัญญาเลขที่.....ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า "ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ" อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำสัญญานี้เพื่อปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 รวมกัน โดยมีข้อความดังต่อไปนี้

1. ผู้รับอนุญาตยินยอมและตกลงให้ปฏิบัติการเข้าปฏิบัติการ ณ สถานที่ขายยาของผู้รับอนุญาตเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

2. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการยินยอมรับปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ในหน้าที่ที่กำหนดไว้ตามข้อ 1 ของสัญญานี้ทุกประการ

3. ผู้รับอนุญาตยินยอมจ่ายเงินทดแทนเป็นรายเดือนให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเดือนละ.....บาท (.....) ภายในวันสิ้นเดือน ปฏิทินทุกๆเดือน

4. หนังสือสัญญานี้มีอายุถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.....

5. หากคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดบอกเลิกก่อนครบกำหนดตามข้อ 4. ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้ฝ่ายหนึ่งทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า.....วัน และต้องแจ้งให้ผู้อนุญาตทราบตามกฎหมายด้วย

6. หากต้องการแก้ไขเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการปฏิบัติอยู่ เพื่อให้การปฏิบัติการเป็นไปโดยถูกต้องตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และกฎกระทรวง ซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติยานับดังกล่าว ผู้รับอนุญาตยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกประการ

7. ภาษีเงินได้ที่จะต้องเสียตามกฎหมายผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตกลงว่า.....เป็นผู้เสีย

8. หากปรากฏว่าคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไม่ปฏิบัติตามสัญญานี้แม้แต่ข้อหนึ่งข้อใดสัญญานี้เป็นอันเลิกทันที โดยคู่สัญญาไม่ต้องปฏิบัติตามข้อ 5. และคู่สัญญามีสิทธิที่จะฟ้องเรียกค่าเสียหายได้ตามกฎหมาย หากมีการฟ้องร้องกันขึ้นทั้งสองฝ่ายตกลงกันว่าฝ่ายที่ผิดสัญญาจะต้องเป็นผู้ชดใช้จ่ายในการฟ้อง เช่น ค่าทนายและค่าธรรมเนียมศาลอื่นๆ เป็นต้น

9. สัญญานี้ทำขึ้นเป็นสามฉบับมีข้อความตรงกัน คู่สัญญายึดถือไว้คนละหนึ่งฉบับ และมอบให้ผู้อนุญาตเก็บไว้เป็นหลักฐานหนึ่งฉบับ

คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายต่างเข้าใจข้อความในสัญญานี้ดีแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต

ลงชื่อ.....ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....พยาน

ลงชื่อ.....พยาน

หนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

- ผู้รับอนุญาต ผู้ดำเนินกิจการ ผู้ขออนุญาต
 ขยายแผนปัจจุบัน นำหรือสั่งยาแผนปัจจุบัน ฯ ผลิตยาแผนปัจจุบัน
 ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
 ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์
 ขยายแผนโบราณ นำหรือสั่งยาแผนโบราณ ฯ ผลิตยาแผนโบราณ

ของ ร้าน / หจก. / หสน. / บริษัท.....

ใบอนุญาตเลขที่.....ตั้งอยู่ที่.....

ขอมอบอำนาจให้.....

บัตรประจำตัวประชาชน บัตรประจำตัวข้าราชการ เลขที่.....

ออกให้โดย.....บัตรหมดอายุ.....

เป็นผู้กระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการเกี่ยวกับ การขออนุญาต การรับใบอนุญาต การต่อใบอนุญาต การแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาต และกิจการอื่นใดทุกประการเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา สำหรับใบอนุญาตดังกล่าวข้างต้น

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายใต้ขอบเขตแห่งการมอบอำนาจนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบและมีผลผูกพันข้าพเจ้าทุกประการ ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

ปิด
อากรแสตมป์
10 บาท

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๕

อัตราค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาต

- | | |
|---|-----------|
| ๑. ค่าคำขอต่ออายุใบอนุญาตด้านยา | ๕๐๐ บาท |
| ๒. ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน | ๒,๐๐๐ บาท |
| ๓. ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตราย
หรือยาควบคุมพิเศษ | ๑,๐๐๐ บาท |
| ๔. ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์ | ๑,๐๐๐ บาท |

แบบสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อการให้บริการ (ด้านยา)
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

เพศ ชาย หญิง
อายุ 20-30 ปี 31-40 ปี 41-50 ปี สูงกว่า 50 ปี
การศึกษา ต่ำกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี

ประเด็นที่ใช้ในการพิจารณา	พอใจมากที่สุด	พอใจมาก	พอใจ	ไม่ค่อยพอใจ	ไม่พอใจเลย
ด้านกระบวนการ / ขั้นตอนการให้บริการ					
1. ระบบการให้บริการมีความสะดวกรวดเร็วไม่ยุ่งยากและเป็นไปตามกระบวนการงาน					
2. การให้บริการเป็นไปตามลำดับขั้นตอน ก่อน - หลัง ด้วยความยุติธรรม					
3. มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจถึงขั้นตอนการให้บริการที่ชัดเจน และเข้าใจง่าย					
4. มีกระบวนการและขั้นตอนในการใช้บริการที่เข้าใจง่ายพร้อมการปฏิบัติตามได้ง่าย					
5. กำหนดเวลาในการให้บริการที่มีความเหมาะสม					
6. ความสะดวกสบายในการใช้บริการ					
ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ					
7. เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความสุภาพเป็นกันเอง และยิ้มแย้มแจ่มใส					
8. เจ้าหน้าที่มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน					
9. เจ้าหน้าที่สามารถแก้ไขปัญหาอุปสรรค และสามารถตอบข้อซักถามได้อย่างชัดเจน ครบถ้วน					
10. เจ้าหน้าที่สามารถให้คำแนะนำด้านข้อมูล/ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้รับบริการได้					
11. เจ้าหน้าที่มีความรู้ความเข้าใจเป็นอย่างดีในงานที่ปฏิบัติ พร้อมให้บริการแก่ประชาชน					
12. เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความรวดเร็ว					
13. เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการแก่ประชาชนด้วยความยุติธรรมในทุกขั้นตอน					
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก					
14. ความสะดวกสบายในการเดินทางมาติดต่อกับหน่วยงาน					
15. ความเพียงพอและทันสมัยของอุปกรณ์สำนักงาน ทำให้การบริการรวดเร็วยิ่งขึ้น					
16. มีป้ายข้อมูลแสดงถึงขั้นตอนวิธีปฏิบัติอย่างชัดเจน และเข้าใจง่าย					
17. มีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ป้ายบอกทาง/หนังสือ/จุดนั่งพักไว้รับรองอย่างเพียงพอ					
18. มีบัตรคิวตามลำดับ ก่อน - หลัง เพื่อความเป็นระเบียบ และสะดวก รวดเร็วในการรับบริการ					
ด้านความถูกต้อง ครบถ้วน และรวดเร็วในการให้บริการ					
19. บริการที่รับมีความน่าเชื่อถือ ไม่ผิดพลาด และสามารถไว้วางใจได้					
20. บริการที่รับมีความชัดเจน ถูกต้อง ครบถ้วน และสมบูรณ์					
21. บริการที่รับมีระยะเวลาในการดำเนินงานที่รวดเร็วโดยไม่ต้องรอนาน					
ภาพรวมการให้บริการ					

2. จุดเด่น ของการให้บริการ คือ.....
 3. จุดด้อยของการให้บริการ คือ.....
 4. ข้อเสนอแนะ คือ.....
