

วิเคราะห์-ศึกษาวิจัย

เลขรับที่ .....  
วันที่ .....  
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

ที่ปิดรูปถ่ายของ  
ผู้ขอรับใบอนุญาต  
หรือผู้ดำเนินการ  
ขนาด ๑ นิ้ว

คำขอรับใบอนุญาต คำขอต่ออายุใบอนุญาต คำขอรับใบแทน  
ใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

- ขอรับใบอนุญาต (กรณีรายใหม่)
- ขอต่ออายุใบอนุญาตเลขที่ ..... ประจำปี พ.ศ. ....
- ขอรับใบแทนใบอนุญาต เนื่องจากใบอนุญาต  สูญหาย  ถูกทำลายหรือลบเลือนในสาระสำคัญ

เขียนที่ .....กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์.....

วันที่ .....๑๓..... เดือน .....พฤษภาคม..... พ.ศ. ....๒๕๖๔.....

๑. วัตถุประสงค์หรือเหตุผลและความจำเป็นในการขอรับใบอนุญาต

(คำขอ ๑ ฉบับ ให้ยื่นขอได้เพียงหนึ่งวัตถุประสงค์เท่านั้น)

- เพื่อการรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์  
ชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่ขอรับอนุญาต.....
- เพื่อการวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์  
โปรดระบุรายละเอียด.....ใช้เป็นสารมาตรฐาน.....  
ชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่ขอรับอนุญาต.....ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ทุกชนิด.....
- เพื่อประโยชน์ของทางราชการ  
โปรดระบุรายละเอียด.....  
ชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่ขอรับอนุญาต.....

๒. ข้อมูลผู้ขอรับใบอนุญาต

ข้าพเจ้า (ชื่อบุคคล/นิติบุคคล) .....กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์.....

(กรณีเป็นสถานพยาบาลเอกชน : ให้ระบุชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์ และหากเป็นสถานพยาบาลของนิติบุคคลให้ระบุข้อความเพิ่มว่า เพื่อดำเนินการของนิติบุคคลนั้น ดังนี้ “นาย ก. เพื่อดำเนินการของบริษัท โรงพยาบาล .....จำกัด”)

เลขประจำตัวประชาชน ..... - .....  
หรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้ คือ..... - .....เลขที่..... - .....(กรณีไม่ใช่ผู้มีสัญชาติไทย)  
หรือทะเบียนนิติบุคคล / บัตรประจำตัวผู้เสียภาษี เลขที่ .....๙๙๕๐XXXXXXXX.....  
อยู่เลขที่ .....๘๘/๗..... เลขรหัสประจำบ้าน...๑๒๙๙-XXXXXX-X...  
หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน .....ติวานนท์.....  
ตำบล/แขวง .....ตลาดขวัญ..... อำเภอ/เขต .....เมือง.....  
จังหวัด .....นนทบุรี..... รหัสไปรษณีย์ .....๑๑๐๐..... โทรศัพท์ .....๐๒-๕๙๐XXXX.....  
โทรสาร.....๐๒-๕๙๐XXXX..... E-mail .....

๓. ข้อมูลผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการหรือดำเนินกิจการเกี่ยวกับใบอนุญาต

ชื่อ .....นางสาว AA BBB.....  
เลขประจำตัวประชาชน.....๓๒๔XXXXXXXX.....  
หรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้ คือ..... - .....เลขที่..... - .....(กรณีไม่ใช่ผู้มีสัญชาติไทย)

อยู่เลขที่ ..... **๑XX** ..... เลขรหัสประจำบ้าน .. **๑๒๙๙-XXXXXX-X**.....  
หมู่ที่ ..... - ..... ตรอก/ซอย ..... - ..... ถนน ..... **ติวานนท์**.....  
ตำบล/แขวง ..... **ตลาดขวัญ**..... อำเภอ/เขต ..... **เมือง**.....  
จังหวัด ..... **นนทบุรี**..... รหัสไปรษณีย์ ..... **๑๑๐๐๐** ..... โทรศัพท์ ..... **๐๒-๕๙๐XXXX**.....  
โทรสาร..... **๐๒-๕๙๐XXXX**..... E-mail .....

**๔. ข้อมูลสถานที่จำหน่าย**

ณ สถานที่ชื่อ.....**สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์**.....เลขรหัสประจำบ้าน.. **๑๒๙๙-XXXXXX-X**.....  
ตั้งอยู่เลขที่ ..... **๘๘/๗**.....  
หมู่ที่ ..... - ..... ตรอก/ซอย ..... - ..... ถนน ..... **ติวานนท์**.....  
ตำบล/แขวง ..... **ตลาดขวัญ**..... อำเภอ/เขต ..... **เมือง**.....  
จังหวัด ..... **นนทบุรี**..... รหัสไปรษณีย์ ..... **๑๑๐๐๐** ..... โทรศัพท์ ..... **๐๒-๕๙๐XXXX**.....  
โทรสาร..... **๐๒-๕๙๐XXXX**..... E-mail .....

**๕. พร้อมกับคำขอขึ้นข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหรือหลักฐานต่างๆ มาด้วย คือ**

**กรณีขอรับใบอนุญาต (กรณีรายใหม่)**

๑. รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม ของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ รูป ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน ก่อนวันยื่นคำขอ

๒. เอกสารแสดงเลขที่บ้านของสถานที่จำหน่าย

๓. เอกสารหรือหลักฐานเพิ่มเติมดังนี้

**๓.๑ เพื่อรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์**

(๑) สำหรับกระทรวง ทบวง กรม องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร สภากาชาดไทย หรือองค์การเภสัชกรรม

- เอกสารหรือหลักฐานแสดงการเป็นนิติบุคคล และหน้าที่และอำนาจตามกฎหมาย
- หนังสือมอบหมายให้บุคคลเป็นผู้ดำเนินการกิจการของหน่วยงานผู้ขอรับใบอนุญาต (เช่น สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน หรือหนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาต)

(๒) สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมหรือผู้ประกอบการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง

- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่งของผู้ขอรับใบอนุญาต
- สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. ๗) หรือสำเนาใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์ (สส. ๓)
- สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ. ๑๙) หรือสำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ (สส. ๔)
- กรณีผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ให้แนบสำเนาใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (แบบ ข.ย. ๕) แล้วแต่กรณี
- รูปถ่ายสถานประกอบการจำนวน ๒ รูป (รูปที่ ๑ แสดงลักษณะอาคาร รูปที่ ๒ แสดงป้ายและเลขที่ของสถานที่ตั้ง)
- แผนที่แสดงที่ตั้งและแผนผังแสดงที่เก็บยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ของสถานประกอบการ
- หนังสือแสดงว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการของนิติบุคคล กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่เป็นของนิติบุคคล
- สำเนาหนังสือรับรองแสดงการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ซึ่งนายทะเบียนของกระทรวงพาณิชย์ออกไว้ไม่เกินหกเดือน กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่เป็นของนิติบุคคล (ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์)

**๓.๒ เพื่อการวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์**

(๑) สำหรับกระทรวง ทบวง กรม องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร สภากาชาดไทย หรือองค์การเภสัชกรรม

- เอกสารหรือหลักฐานแสดงการเป็นนิติบุคคล และหน้าที่และอำนาจตามกฎหมาย
- หนังสือมอบหมายให้บุคคลเป็นผู้ดำเนินการของหน่วยงานผู้ขอรับใบอนุญาต (เช่น สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน หรือหนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาต)
- กรณีการศึกษาวิจัยให้แนบโครงการศึกษาวิจัยซึ่งระบุชื่อ จำนวนหรือปริมาณ และรายละเอียดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ รวมทั้งกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองภายใต้โครงการศึกษาวิจัยดังกล่าว และในกรณีที่เป็นการศึกษาวิจัยในมนุษย์ให้แนบหลักฐานการผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในกรณีที่หน่วยงานผู้ขออนุญาตไม่มีคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม ให้แนบหลักฐานการผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมที่เลขาธิการกำหนด

**๓.๓ เพื่อประโยชน์ของทางราชการ**

(๑) สำหรับกระทรวง ทบวง กรม องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร สภากาชาดไทย หรือองค์การเภสัชกรรม

- เอกสารหรือหลักฐานแสดงการเป็นนิติบุคคล และหน้าที่และอำนาจตามกฎหมาย
- หนังสือมอบหมายให้บุคคลเป็นผู้ดำเนินการของหน่วยงานผู้ขอรับใบอนุญาต (เช่น สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน หรือหนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาต)
- หนังสือแสดงรายละเอียดการนำยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ไปใช้ประโยชน์ทางราชการ ซึ่งระบุชื่อจำนวนหรือปริมาณ และรายละเอียดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ และกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการจำหน่าย
- รูปถ่ายแสดงที่เก็บยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ จำนวน ๑ รูป

**กรณีต่ออายุใบอนุญาต**

(๑) ใบอนุญาตฉบับเดิม

(๒) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม ของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาตขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ รูป ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน ก่อนวันยื่นคำขอ

(๓) สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ. ๑๙) หรือสำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ (สส.๔) หรือเอกสารหลักฐานอื่นที่แสดงถึงการยื่นคำขอรับใบอนุญาตดังกล่าวแล้ว กรณีการขอต่ออายุใบอนุญาตเพื่อการบำบัดรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์

**กรณีขอรับใบแทนอนุญาต**

(๑) ใบแจ้งความ กรณีใบอนุญาตสูญหาย

(๒) ใบอนุญาต กรณีใบอนุญาตถูกทำลายหรือลบล้างในสาระสำคัญ

(๓) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม ของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาตขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ รูป ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน ก่อนวันยื่นคำขอ

**ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความและเอกสารหรือหลักฐานทั้งหมดที่ยื่นเพื่อประกอบคำขอรับใบอนุญาตเป็นความจริงทุกประการ**

(ลายมือชื่อ) ..... AA BBB..... ผู้ขอรับใบอนุญาต/ผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการ

(.....นางสาว AA BBB .....)

หมายเหตุ : ๑. ให้ขีดเลือกข้อความในช่อง  ให้ตรงตามที่ประสงค์จะดำเนินการ

๒. รับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ



ที่ปิดรูปถ่าย  
ของผู้รับอนุญาต  
หรือ  
ผู้ดำเนินการ  
ขนาด ๑ นิ้ว

**ใบอนุญาต  
จำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒**

ใบอนุญาตเลขที่ ...../.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

.....**กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์**.....

เพื่อการดำเนินการของ..... - .....

(ระบุเฉพาะกรณีสถานพยาบาลเอกชนที่เป็นนิติบุคคล)

โดยมี.....**นางสาว AA BBB**.....

เป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการหรือดำเนินกิจการเกี่ยวกับใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เพื่อแสดงว่าเป็นผู้ได้รับอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ.....**การวิเคราะห์ หรือวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์**.....

ตามรายการดังต่อไปนี้.....**ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ทุกประเภท**.....

ณ สถานที่ชื่อ.....**สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์**.....

ตั้งอยู่เลขที่ .....**๘๘/๗**.....

หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน.....**ติวานนท์**.....

ตำบล/แขวง.....**ตลาดขวัญ**.....อำเภอ/เขต.....**เมือง**.....

จังหวัด .....**นนทบุรี**..... รหัสไปรษณีย์.....**๑๑๐๐๐**..... โทรศัพท์ .....**๐๒-๕๙๐XXXX**.....

โทรสาร .....**๐๒-๕๙๐XXXX**.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ...**๒๕๖๔**... และใช้ได้เฉพาะสถานที่ซึ่งระบุไว้ใน  
ใบอนุญาตเท่านั้น

ให้ไว้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ตำแหน่ง .....

ผู้อนุญาต

**คำเตือน :**

- ใบอนุญาตนี้ต้องแสดงไว้ในที่เปิดเผยและผู้รับอนุญาตมีหน้าที่ต่ออายุใบอนุญาตตามกฎหมายก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ
- ห้ามผู้รับอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ นอกสถานที่ระบุไว้ในใบอนุญาต หากไม่ปฏิบัติตามต้องระวางโทษปรับไม่เกิน ๒๐,๐๐๐ บาท
- ผู้รับอนุญาตมีหน้าที่จัดเก็บรักษายาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ณ สถานที่ที่ได้รับอนุญาต ให้เป็นสัดส่วน ในที่เก็บซึ่งมั่นคงแข็งแรงและมีกุญแจใส่ไว้ หรือเครื่องป้องกันอย่างอื่นที่มีสภาพเท่าเทียมกัน และหากถูกโจรกรรม หรือสูญหาย หรือถูกทำลาย ต้องแจ้งเป็นหนังสือให้ผู้อนุญาตทราบโดยมิชักช้า
- ผู้รับอนุญาตมีหน้าที่จัดทำบัญชีรับ จ่ายยาเสพติดให้โทษและรายงานการจำหน่ายตามแบบที่เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาประกาศกำหนด หากไม่ปฏิบัติตามต้องระวางโทษปรับไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท

รายการต่ออายุใบอนุญาต

**การต่ออายุใบอนุญาต ครั้งที่ ๑**  
ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง  
วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ....  
ลงชื่อ.....  
ตำแหน่ง.....  
ผู้อนุญาต  
...../...../.....

**การต่ออายุใบอนุญาต ครั้งที่ ๒**  
ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง  
วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ....  
ลงชื่อ.....  
ตำแหน่ง.....  
ผู้อนุญาต  
...../...../.....

**การต่ออายุใบอนุญาต ครั้งที่ ๓**  
ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง  
วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ....  
ลงชื่อ.....  
ตำแหน่ง.....  
ผู้อนุญาต  
...../...../.....

**การต่ออายุใบอนุญาต ครั้งที่ ๔**  
ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง  
วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ....  
ลงชื่อ.....  
ตำแหน่ง.....  
ผู้อนุญาต  
...../...../.....

**การต่ออายุใบอนุญาต ครั้งที่ ๕**  
ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง  
วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ....  
ลงชื่อ.....  
ตำแหน่ง.....  
ผู้อนุญาต  
...../...../.....

**การต่ออายุใบอนุญาต ครั้งที่ ๖**  
ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง  
วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ....  
ลงชื่อ.....  
ตำแหน่ง.....  
ผู้อนุญาต  
...../...../.....

