

คลินิกเอกชน

ที่ปิดรูปถ่ายของ
ผู้ขอรับใบอนุญาต
หรือผู้ดำเนินการ
ขนาด ๑ นิ้ว

เลขรับที่
วันที่
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

คำขอรับใบอนุญาต คำขอต่ออายุใบอนุญาต คำขอรับใบแทน
ใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

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

เขียนที่
วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. วัตถุประสงค์หรือเหตุผลและความจำเป็นในการขอรับใบอนุญาต

(คำขอ ๑ ฉบับ ให้ยื่นขอได้เพียงหนึ่งวัตถุประสงค์เท่านั้น)

- ☑ เพื่อการรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์
ชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่ขอรับอนุญาต..Codeine, Morphine, Tincture Opium.....
☐ เพื่อการวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์
โปรดระบุรายละเอียด.....
ชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่ขอรับอนุญาต.....
☐ เพื่อประโยชน์ของทางราชการ
โปรดระบุรายละเอียด.....
ชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่ขอรับอนุญาต.....

๒. ข้อมูลผู้ขอรับใบอนุญาต

ข้าพเจ้า (ชื่อบุคคล/นิติบุคคล)นายพรชัย รักษาดี.....

(กรณีเป็นสถานพยาบาลเอกชน : ให้ระบุชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
หรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์ และหากเป็นสถานพยาบาลของนิติบุคคลให้ระบุข้อความเพิ่มว่า เพื่อการดำเนินการของนิติบุคคลนั้น ดังนี้
“นาย ก. เพื่อการดำเนินการของบริษัท โรงพยาบาลจำกัด”)

เลขประจำตัวประชาชน๓๒๔๙๙XXXXXXX.....
หรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้ คือ..... -.....เลขที่..... -.....(กรณีไม่ใช่ผู้มีสัญชาติไทย)
หรือทะเบียนนิติบุคคล / บัตรประจำตัวผู้เสียภาษี เลขที่-.....
อยู่เลขที่๑๒๓.....เลขรหัสประจำบ้าน...๑๒๓๙-XXXXXX-X...
หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนนงามวงศ์วาน.....
ตำบล/แขวงบางเขน..... อำเภอ/เขตเมือง.....
จังหวัดนนทบุรี.....รหัสไปรษณีย์๑๑๐๐..... โทรศัพท์๐๒-๕๕๙XXXX.....
โทรสาร.....๐๒-๕๕๙XXXX..... E-mailpornchaidoctor99@hotmail.com.....

๓. ข้อมูลผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการหรือดำเนินกิจการเกี่ยวกับใบอนุญาต

ชื่อ-.....
เลขประจำตัวประชาชน.....-.....
หรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้ คือ.....-.....เลขที่.....-.....(กรณีไม่ใช่ผู้มีสัญชาติไทย)

อยู่เลขที่ เลขรหัสประจำบ้าน.....
หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน **ติวานนท์**
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
โทรสาร..... E-mail

๔. ข้อมูลสถานที่จำหน่าย

ณ สถานที่ชื่อ.....**คลินิกพรชัยเวชกรรม**.....เลขรหัสประจำบ้าน..๑๒๒๙-XXXXXX-X...
ตั้งอยู่เลขที่๓๘.....
หมู่ที่๔..... ตรอก/ซอย ถนน**งามวงศ์วาน**.....
ตำบล/แขวง**บางเขน**..... อำเภอ/เขต**เมือง**.....
จังหวัด**นนทบุรี**..... รหัสไปรษณีย์**๑๑๐๐**..... โทรศัพท์**๐๒-๕๘๙XXXX**.....
โทรสาร.....**๐๒-๕๘๙XXXX**..... E-mail **pornchaidoctor99@hotmail.com**.....

๕. พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหรือหลักฐานต่างๆ 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
- หนังสือมอบหมายให้บุคคลเป็นผู้ดำเนินการของหน่วยงานผู้ขอรับใบอนุญาต (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)
- กรณีผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม 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)**พรชัย รักษาดี**..... ผู้ขอรับใบอนุญาต/~~ผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการ~~
(.....**นายพรชัย รักษาดี**.....)

หมายเหตุ : ๑. ให้ขีดเลือกข้อความในช่อง ให้ตรงตามที่ประสงค์จะดำเนินการ

๒. รับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ



ที่ปิดรูปถ่าย
ของผู้รับอนุญาต
หรือ
ผู้ดำเนินการ
ขนาด ๑ นิ้ว

**ใบอนุญาต
จำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒**

ใบอนุญาตเลขที่/.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

.....นายพรชัย รักษาดี.....

เพื่อการดำเนินการของ..... -

(ระบุเฉพาะกรณีสถานพยาบาลเอกชนที่เป็นนิติบุคคล)

โดยมี..... -

เป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการหรือดำเนินกิจการเกี่ยวกับใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เพื่อแสดงว่าเป็นผู้ได้รับอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ.....**เพื่อการรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์**.....

ตามรายการดังต่อไปนี้..... **Codeine Morphine Tincture Opium**.....

ณ สถานที่ชื่อ.....**คลินิกพรชัยเวชกรรม**.....

ตั้งอยู่เลขที่**๓๘**.....

หมู่ที่**๔**..... ตรอก/ซอย ถนน.....**งามวงศ์วาน**.....

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

จังหวัด**นนทบุรี**..... รหัสไปรษณีย์.....**๑๑๐๐**..... โทรศัพท์**๐๒-๕๕๙XXXX**.....

โทรสาร**๐๒-๕๕๙XXXX**.....

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
...../...../.....

