

## ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

เรื่อง กำหนดแบบคำขอรับใบอนุญาต ใบอนุญาต และรายงานผลการดำเนินการ  
เกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดแบบคำขอรับใบอนุญาต ใบอนุญาต และรายงานผลการดำเนินการเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เพื่อให้การควบคุมยาเสพติดให้โทษดังกล่าวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๒ ข้อ ๔ และข้อ ๑๑ แห่งกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการขอรับใบอนุญาตและการออกใบอนุญาตให้ผลิต นำเข้า หรือส่งออกซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ พ.ศ. ๒๕๕๒ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนดแบบคำขอรับใบอนุญาต ใบอนุญาต และรายงานผลการดำเนินการเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ไว้ดังต่อไปนี้

๑. คำขอรับใบอนุญาต ใบอนุญาต และรายงานผลการดำเนินการเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ สำหรับกรณีจำเป็นเพื่อประโยชน์ของทางราชการในการบริหารยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่ใช้ในทางการแพทย์ของประเทศ การวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์ หรือการป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ ให้ใช้แบบดังนี้

๑.๑ คำขอรับใบอนุญาตให้ผลิตซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ให้ใช้ แบบ ผ.ย.ส. ๒ - ๑

๑.๒ ใบอนุญาตให้ผลิตซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ให้ใช้ แบบ ผ.ย.ส. ๒ - ๒

๑.๓ คำขอรับใบอนุญาตให้นำเข้าซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ให้ใช้ แบบ น.ย.ส. ๒ - ๑

๑.๔ ใบอนุญาตให้นำเข้าซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ให้ใช้ Form NAR.1

๑.๕ คำขอรับใบอนุญาตให้ส่งออกซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ให้ใช้ แบบ ส.ย.ส. ๒ - ๑

๑.๖ ใบอนุญาตให้ส่งออกซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ให้ใช้ Form NAR.2

๑.๗ รายงานผลการดำเนินการเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ของผู้รับใบอนุญาตให้ผลิต นำเข้า หรือส่งออกซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ให้ใช้ แบบ ร.ย.ส. ๒ โดยมีกำหนดเวลาในการรายงาน ดังนี้

(๑) การดำเนินการเกี่ยวกับการผลิตซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ให้รายงานทุกหกเดือน หลังจากที่ได้รับใบอนุญาต

(๒) การดำเนินการเกี่ยวกับการนำเข้า หรือการส่งออกซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ให้รายงานภายในระยะเวลาไม่เกินหนึ่งเดือน หลังจากที่ได้มีการนำเข้าหรือส่งออกแล้วแต่กรณี

๒. คำขอรับใบอนุญาต และใบอนุญาตเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ สำหรับกรณีจำเป็น เพื่อประโยชน์ของทางราชการในการปฏิบัติตามมติของคณะกรรมการยาเสพติดแห่งสหประชาชาติ ในกรณีที่ผู้ป่วยเดินทางระหว่างประเทศนำยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ติดตัวเข้ามาในหรือออกไปนอกราชอาณาจักรสำหรับใช้รักษาเฉพาะตัวภายในสามสิบวัน ให้ใช้แบบดังนี้

๒.๑ คำขอรับใบอนุญาตให้นำเข้าซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ กรณีผู้ป่วยนำติดตัวเข้ามาในราชอาณาจักร ให้ใช้ Form IC-1

๒.๒ ใบอนุญาตให้นำเข้าซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ กรณีผู้ป่วยนำติดตัวเข้ามาในราชอาณาจักร ให้ใช้ Form IC-2

๒.๓ คำขอรับใบอนุญาตให้ส่งออกซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ กรณีผู้ป่วยนำติดตัวออกไปนอกราชอาณาจักร ให้ใช้ Form OC-1

๒.๔ ใบอนุญาตให้ส่งออกซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ กรณีผู้ป่วยนำติดตัวออกไปนอกราชอาณาจักร ให้ใช้ Form OC-2

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๒

พิพัฒน์ ยิ่งเสรี

เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

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

ที่ปิดรูปถ่าย  
ของ  
ผู้ขอรับใบอนุญาต  
หรือผู้ดำเนินการ  
ขนาด ๑ นิ้ว

## คำขอรับใบอนุญาต ให้ผลิตซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

เขียนที่ .....  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

๑. ข้าพเจ้า (ชื่อบุคคล/นิติบุคคลผู้ขอรับใบอนุญาต) .....  
บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ ..... หรือ  
ทะเบียนนิติบุคคล เลขที่ .....  
อยู่เลขที่ ..... ตรอก/ซอย .....  
ถนน ..... หมู่ที่ ..... ตำบล/แขวง .....  
อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
โทรศัพท์ ..... โทรสาร..... E-mail .....

๒. ซึ่งมีผู้ดำเนินการ (กรณีที่นิติบุคคลเป็นผู้ขอรับใบอนุญาต) ชื่อ .....  
บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ ..... อายุ ..... ปี  
สัญชาติ ..... อยู่เลขที่ ..... ตรอก/ซอย .....  
ถนน ..... หมู่ที่ ..... ตำบล/แขวง .....  
อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
โทรศัพท์ ..... โทรสาร..... E-mail .....

๓. ขอรับใบอนุญาตให้ผลิตซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ คือ

(๑) .....

จำนวน/ปริมาณ .....

(๒) .....

จำนวน/ปริมาณ .....

(๓) .....

จำนวน/ปริมาณ .....

(๔) .....

จำนวน/ปริมาณ .....

ณ สถานที่ผลิต ชื่อ .....

ตั้งอยู่เลขที่ ..... ตรอก/ซอย .....

ถนน ..... หมู่ที่ ..... ตำบล/แขวง .....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

โทรศัพท์ ..... โทรสาร .....

๔. เหตุผลและความจำเป็นที่ขอรับใบอนุญาต

- เพื่อผลิตให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาใช้ประโยชน์ในทางราชการ ตามสัญญาจ้างผลิต  
ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สัญญาเลขที่ .....  
วันที่ ..... วันสิ้นสุดสัญญา .....
- เพื่อการวิเคราะห์ (โปรตีนรายละเอียด) .....
- เพื่อการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์ โครงการวิจัย เรื่อง .....
- ระยะเวลาสิ้นสุดโครงการ .....
- อื่น ๆ (โปรดระบุ) .....

๕. พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

- (๑) รูปถ่ายของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ดำเนินการ ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ รูป
- (๒) สำเนาหรือรูปถ่ายทะเบียนบ้านของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ดำเนินการ
- (๓) หนังสือแสดงว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการของนิติบุคคลผู้ขอรับใบอนุญาต หรือ  
หนังสืออนุมัติของหน่วยงานหรือมอบหมายให้ดำเนินการผลิต (กรณีหน่วยงานภาครัฐ)
- (๔) หลักฐานเพิ่มเติม
  - (๔.๑) กรณีผลิตให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา คือ
    - สำเนาหรือรูปถ่ายสัญญาจ้างระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา “ผู้ว่าจ้าง”  
กับผู้ขอรับใบอนุญาต “ผู้รับจ้าง”
  - (๔.๒) กรณีผลิตเพื่อการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์ คือ
    - สำเนาหรือรูปถ่ายโครงการวิจัยซึ่งระบุชื่อ จำนวนหรือปริมาณ และรายละเอียดเกี่ยวกับ  
ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ และกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการผลิต
    - หลักฐานการได้รับความเห็นชอบของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม (กรณีที่เป็นการ  
ศึกษาวิจัยในมนุษย์)
- (๕) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ขอรับใบอนุญาต/ผู้ดำเนินการ  
( )



ที่ปิดรูปถ่าย  
ของผู้รับใบอนุญาต  
หรือ  
ผู้ดำเนินการ  
ขนาด ๑ นิ้ว

## ใบอนุญาตให้ผลิตซึ่งยาเสพติดให้โทษ ในประเภท ๒

ใบอนุญาตที่ ..... / .....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

.....

โดยมี ..... เป็นผู้ดำเนินการ  
เพื่อแสดงว่าเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ผลิตซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ .....

ตามรายการดังต่อไปนี้

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ณ สถานที่ผลิตชื่อ .....

อยู่เลขที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน .....

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

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

โทรสาร .....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ..... และให้ใช้ได้  
เฉพาะสถานที่ซึ่งระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

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

.....

ตำแหน่ง .....

ผู้อนุญาต

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

## คำขอรับใบอนุญาตให้นำเข้าซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

เขียนที่ .....  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

๑. ข้าพเจ้า (ชื่อบุคคล/นิติบุคคลผู้ขอรับใบอนุญาต) .....  
 บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ ..... หรือ  
 ทะเบียนนิติบุคคล เลขที่ .....  
 อยู่เลขที่ ..... ตรอก/ซอย .....  
 ถนน ..... หมู่ที่ ..... ตำบล/แขวง .....  
 อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
 โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... E-mail .....

๒. ซึ่งมีผู้ดำเนินการ (กรณีที่นิติบุคคลเป็นผู้ขอรับใบอนุญาต) ชื่อ .....  
 บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ ..... อายุ ..... ปี  
 สัญชาติ ..... อยู่เลขที่ ..... ตรอก/ซอย .....  
 ถนน ..... หมู่ที่ ..... ตำบล/แขวง .....  
 อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
 โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... E-mail .....

๓. ขอรับใบอนุญาตให้นำเข้าซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒  
 ณ สถานที่นำเข้า ชื่อ .....  
 ตั้งอยู่เลขที่ ..... ตรอก/ซอย .....  
 ถนน ..... หมู่ที่ ..... ตำบล/แขวง .....  
 อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
 โทรศัพท์ ..... โทรสาร .....

๔. เหตุผลและความจำเป็นที่ขอรับใบอนุญาต
- เพื่อส่งมอบให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาใช้ประโยชน์ในทางราชการ ตามสัญญาซื้อขายระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากับผู้ขอรับใบอนุญาต สัญญาเลขที่ ..... วันที่ ..... วันสิ้นสุดสัญญา .....
  - เพื่อการวิเคราะห์ (โปรดระบุรายละเอียด) .....
  - เพื่อการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์ โครงการวิจัย เรื่อง ..... ระยะเวลาสิ้นสุดโครงการ .....
  - เพื่อประโยชน์ในการป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ (โปรดระบุรายละเอียด) .....
  - อื่น ๆ (โปรดระบุ) .....

๕. รายละเอียดของการนำเข้า (โปรดกรอกเป็นภาษาอังกฤษ)

- ชื่อและที่อยู่ของผู้นำเข้า (Name and address of Importer) .....
- .....
- .....
- นำเข้าจาก (Name and address of Exporter) .....
- ..... ประเทศ (Country) .....
- โดยทาง (Airfreight/Seafreight etc.) .....
- ด้านตรวจขาเข้า (Port of Entry) .....
- ยาเสพติดให้โทษที่ขออนำเข้า (Narcotic Drugs to be imported) :-

ลำดับที่ (Item No.)	จำนวน หน่วย (Quantity)	ชื่อยาเสพติดให้โทษ หรือสิ่งปรุงที่มียาเสพติดให้โทษ (Name of substances or Preparations)	ชื่อยาเสพติดให้โทษ ในสิ่งปรุง (Narcotic Drugs contained therein)	ประเภท (Schedule)	ปริมาณ ยาเสพติดให้โทษ ในหนึ่งหน่วย (Content)	รวมปริมาณ ยาเสพติดให้โทษ (Total Quantity of Narcotic Drugs)

๖. พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

- (๑) สำเนาหรือรูปถ่ายทะเบียนบ้านของผู้ซื้อรับใบอนุญาตหรือผู้ดำเนินการ
- (๒) หนังสือแสดงว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการของนิติบุคคลผู้ซื้อรับใบอนุญาต หรือหนังสืออนุมัติของหน่วยงานหรือมอบหมายให้ดำเนินการนำเข้า (กรณีหน่วยงานภาครัฐ)
- (๓) หลักฐานเพิ่มเติม
  - (๓.๑) กรณีนำเข้าเพื่อส่งมอบให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา คือ
    - สำเนาหรือรูปถ่ายสัญญาซื้อขายระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากับผู้ซื้อรับใบอนุญาต
  - (๓.๒) กรณีนำเข้าเพื่อการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์ คือ
    - สำเนาหรือรูปถ่ายโครงการวิจัยซึ่งระบุชื่อ จำนวนหรือปริมาณ และรายละเอียดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ รวมทั้งกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการนำเข้า
    - หลักฐานการได้รับความเห็นชอบของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม (กรณีที่เป็นการศึกษาวิจัยในมนุษย์)
- (๔) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

ลายมือชื่อ ..... ผู้ซื้อรับใบอนุญาต/ผู้ดำเนินการ  
(.....)



**FOOD AND DRUG ADMINISTRATION  
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH  
NONTHABURI  
THAILAND**

**IMPORT AUTHORIZATION  
NARCOTIC DRUGS**

**Import Authorization No. .... B.E. ....**

In pursuance of the national law relating to the Narcotic Drugs, the Secretary General of the Food and Drug Administration, being the official charged with the domestic and conventional controls on Narcotic Drugs in Thailand, hereby authorizes the following import :-

**Importer : Name :** ..... **Exporter : Name :** .....  
**Address :** ..... **Address :** .....  
 .....

**Importer's Application No. :** ..... **Dated :** .....

**Port of Entry :** ..... **Transported by :** .....

**Substances or preparations to be imported :-**

Item No.	Quantity	Name of substances or Preparations	Narcotic Drugs contained therein	Schedule	Content	Total Quantity of Narcotic Drugs
<b>Total Number of Items : .....</b>						

**Date of Issuance :** ..... **Date of Expiry :** .....  
 (day) (month) (year) (day) (month) (year)

.....  
 (Signature of Secretary General with official stamp)

**Special Conditions :-**

1. The consignment is required for medicinal or scientific purposes .
2. This authorization is valid for one shipment only.
3. Not valid unless it bears the official stamp over the signature of Secretary General of The Food and Drug Administration.



<b>Endorsement by the Customs Official of Thailand</b>	
<b>Date of import :</b> .....	<b>Please return to :-</b>  Narcotics Control Division Food and Drug Administration Ministry of Public Health Tiwanond Rd. Nonthaburi 11000, THAILAND.
<b>Amount imported :-</b>	
<input type="checkbox"/> in the amounts indicated	
<input type="checkbox"/> only in the amount of .....	
<b>Signature</b> .....	
<b>Title</b> .....	
<b>Date</b> .....	

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

## คำขอรับใบอนุญาตให้ส่งออกซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

๑. **ข้าพเจ้า** (ชื่อบุคคล/นิติบุคคลผู้ขอรับใบอนุญาต) .....  
 บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ ..... หรือ  
 ทะเบียนนิติบุคคล เลขที่ .....  
 อยู่เลขที่ ..... ตรอก/ซอย .....  
 ถนน ..... หมู่ที่ ..... ตำบล/แขวง .....  
 อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
 โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... E-mail .....
  
๒. **ซึ่งมีผู้ดำเนินการ** (กรณีที่นิติบุคคลเป็นผู้ขอรับใบอนุญาต) ชื่อ .....  
 บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ ..... อายุ ..... ปี  
 สัญชาติ ..... อยู่เลขที่ ..... ตรอก/ซอย .....  
 ถนน ..... หมู่ที่ ..... ตำบล/แขวง .....  
 อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
 โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... E-mail .....
  
๓. **ขอรับใบอนุญาตให้ส่งออกซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒**  
**ณ สถานที่ส่งออก ชื่อ** .....  
**ตั้งอยู่เลขที่** ..... ตรอก/ซอย .....  
 ถนน ..... หมู่ที่ ..... ตำบล/แขวง .....  
 อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
 โทรศัพท์ ..... โทรสาร.....
  
๔. **เหตุผลและความจำเป็นที่ขอรับใบอนุญาต**
  - เพื่อดำเนินการส่งออกให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเพื่อประโยชน์ของทางราชการ เนื่องจาก  
 (โปรดระบุรายละเอียด) .....
  - เพื่อการวิเคราะห์ (โปรดระบุรายละเอียด) .....
  - เพื่อการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์ โครงการวิจัย เรื่อง .....  
 ..... ระยะเวลาสิ้นสุดโครงการ .....
  - เพื่อประโยชน์ในการป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ  
 (โปรดระบุรายละเอียด) .....
  - อื่น ๆ (โปรดระบุ) .....
  
๕. **รายละเอียดของการส่งออก (โปรดกรอกเป็นภาษาอังกฤษ)**
  - ชื่อและที่อยู่ของผู้ส่งออก (Name and address of Exporter) .....
  - .....
  - .....

- ส่งออกไปยัง (Name and address of Importer) .....  
 ..... ประเทศ (Country) .....  
 โดยทาง (Airfreight/Seafreight etc.) .....
- ด่านตรวจขาออก (Port of Export) .....
- ยาเสพติดให้โทษที่ขอส่งออก (Narcotic Drugs to be exported) :-

ลำดับที่ (Item No.)	จำนวน หน่วย (Quantity)	ชื่อยาเสพติดให้โทษ หรือสิ่งปรุงที่มียาเสพติดให้โทษ (Name of substances or Preparations)	ชื่อยาเสพติดให้โทษ ในสิ่งปรุง (Narcotic Drugs contained therein)	ประเภท (Schedule)	ปริมาณ ยาเสพติดให้โทษ ในหนึ่งหน่วย (Content)	รวมปริมาณ ยาเสพติดให้โทษ (Total Quantity of Narcotic Drugs)

๖. พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

- (๑) สำเนาหรือรูปถ่ายทะเบียนบ้านของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ดำเนินการ
- (๒) หนังสือแสดงว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการของนิติบุคคลผู้ขอรับใบอนุญาต หรือหนังสืออนุมัติของหน่วยงานหรือมอบหมายให้ดำเนินการส่งออก (กรณีหน่วยงานภาครัฐ)
- (๓) หลักฐานเพิ่มเติม คือ
  - (๓.๑) กรณีดำเนินการส่งออกให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา คือ
    - ใบอนุญาตนำเข้าหรือหนังสือรับรองซึ่งออกโดยหน่วยงานของรัฐของประเทศปลายทางผู้รับยาเสพติดให้โทษ ซึ่งระบุชื่อ จำนวนหรือปริมาณ และรายละเอียดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ชื่อและที่ตั้งของสถานที่ทำการของผู้นำเข้า และวิธีการในการส่งออกซึ่งยาเสพติดให้โทษนั้น
  - (๓.๒) กรณีส่งออกเพื่อการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์ คือ
    - สำเนาหรือรูปถ่ายโครงการวิจัยซึ่งระบุชื่อ จำนวนหรือปริมาณ และรายละเอียดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ รวมทั้งกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการส่งออก
    - ใบอนุญาตนำเข้าหรือหนังสือรับรองซึ่งออกโดยหน่วยงานของรัฐของประเทศปลายทางผู้รับยาเสพติดให้โทษ ซึ่งระบุชื่อ จำนวนหรือปริมาณ และรายละเอียดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ชื่อและที่ตั้งของสถานที่ทำการของผู้นำเข้า และวิธีการในการส่งออกซึ่งยาเสพติดให้โทษนั้น
  - (๓.๓) กรณีส่งออกเพื่อการป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ
    - หนังสือจากหน่วยงานของรัฐของประเทศปลายทางที่แสดงความจำนงขอให้ส่งยาเสพติดให้โทษไปยังประเทศนั้น
- (๔) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

ลายมือชื่อ ..... ผู้ขอรับใบอนุญาต/ผู้ดำเนินการ  
 (.....)



**FOOD AND DRUG ADMINISTRATION  
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH  
NONTHABURI  
THAILAND**

**EXPORT AUTHORIZATION  
NARCOTIC DRUGS**

**Export Authorization No. .... B.E. ....**

In pursuance of the national law relating to the Narcotic Drugs, the Secretary General of the Food and Drug Administration, being the official charged with the domestic and conventional controls on Narcotic Drugs in Thailand, hereby authorizes the following export :-

**Exporter : Name :** ..... **Importer : Name :** .....  
**Address :** ..... **Address :** .....

**Referenced Import Authorization No. :** ..... **dated** .....  
**Issued by** ..... **of** .....  
(Name of agency having issued the import authorization) (Name of the importing country)

**Port of Export :** ..... **Port of Entry :** .....

**Transported by :** .....

**Substances or preparations to be exported :-**

Item No.	Quantity	Name of substances or Preparations	Narcotic Drugs contained therein	Schedule	Content	Total Quantity of Narcotic Drugs
<b>Total Number of Items : .....</b>						

**Date of Issuance :** ..... **Date of Expiry :** .....  
(day) (month) (year) (day) (month) (year)

.....  
(Signature of Secretary General with official stamp)

**Special Conditions :-**

1. The consignment is required for medicinal or scientific purposes .
2. This authorization is valid for one shipment only.
3. Not valid unless it bears the official stamp over the signature of Secretary General of The Food and Drug Administration.

**Endorsement by competent authority of importing country**

**Date of import :** .....

**Amount imported :-**

- in the amounts indicated
- only in the amount of .....

**Signature** .....

**Title** .....

**Date** .....

**Please return to :-**

Narcotics Control Division  
Food and Drug Administration  
Ministry of Public Health  
Tiwanond Rd.  
Nonthaburi 11000, **THAILAND.**

รายงานผลการดำเนินการเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

ข้าพเจ้า (ชื่อผู้รับอนุญาต) ..... ชื่อสถานที่ .....

ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....

โทรสาร ..... ได้รับอนุญาตให้  ผลิต  นำเข้า  ส่งออก ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

เพื่อ  ดำเนินการ ผลิต / นำเข้า / ส่งออก ให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

การวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์

การป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ

ตามใบอนุญาตให้ผลิตซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ (แบบ ผ.ย.ส. ๒-๒) ใบอนุญาตที่ ..... ลงวันที่ ..... หรือ

ตามใบอนุญาตให้นำเข้าซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ (Form NAR.1) Import Authorization No. .... B.E. .... หรือ

ตามใบอนุญาตให้ส่งออกซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ (Form NAR.2) Export Authorization No. .... B.E. ....

ขอรายงาน  ผลการดำเนินการเกี่ยวกับการผลิตซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ระหว่างวันที่ ..... ถึงวันที่ .....

ผลการดำเนินการเกี่ยวกับการนำเข้า หรือการส่งออกซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ดังนี้

ลำดับ ที่	ชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ (Trade name and Generic name)	จำนวน/ปริมาณ/น้ำหนัก ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ (ระบุหน่วย)								
		กรณีผลิต				กรณีนำเข้า			กรณีส่งออก	
		ผลิตได้	ส่งมอบ/ ใช้ไป	คงเหลือ	หมายเหตุ	นำเข้าจริง	ส่งมอบ/ ใช้ไป	หมายเหตุ (วันที่นำเข้า/ Flight No.)	ส่งออกจริง	หมายเหตุ (วันที่ส่งออก/ Flight No.)

รายงาน ณ วันที่ .....

(ลงชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต

หมายเหตุ ให้  เลือกข้อความที่ต้องการ

(.....)



APPLICATION FOR  
AN INBOUND CARRYING BY TRAVELLER UNDER TREATMENT OF  
MEDICAL PREPARATIONS CONTAINING SUBSTANCES UNDER CONTROL OF  
THE SINGLE CONVENTION ON NARCOTIC DRUGS, 1961.

Part A – Your details

Please complete using BLOCK LETTERS

1 Your full name – as in your passport

Family name	
Given names	

2 Name in your own script or character – if applicable

--

3 Nationality – as shown in your passport

--

4 Details from your passport

Passport number	
Country of Passport	
Date of issue	DAY MONTH YEAR
Date of expiry	DAY MONTH YEAR
Issuing authority/ Place of issue as shown in your passport	

5 Sex Male  Female

6 Date of birth DAY MONTH YEAR

7 Place of birth  
Town/city  
Country

8 Country where you live

9 Your current residential address – where you can be contacted  
Note : A post office box address is not acceptable as a residential address. Failure to give a residential address will result in your application being invalid.

POSTAL CODE

10 Address for correspondence  
(If the same as your residential address, write 'AS ABOVE'.)

POSTAL CODE

11 Your telephone numbers – where you can be contacted

Office hours	COUNTRY CODE	AREA CODE	NUMBER
	( )	( )	
After hours	COUNTRY CODE	AREA CODE	NUMBER
	( )	( )	

12 Do you agree to the department communicating with you by fax, e-mail, or other electronic means?

NO

Yes  Give details

Fax number	COUNTRY CODE	AREA CODE	NUMBER
	( )	( )	
E-mail address			

13 Briefly describe the medical treatment you have received in your home country. If insufficient space, attach an additional statement.


14 Give details of the doctor in your home country who provided you with medical treatment.

Name and Licence number of doctor.

Address

POSTAL CODE

15 Give the expected date of arrival and departure from Thailand and details of arrangement for your continued care in your home country.

Date of arrival

DAY	MONTH	YEAR

Date of departure

DAY	MONTH	YEAR

Details of arrangement. If insufficient space, attach an additional statement


16 Give details of the medical preparations containing substances under control of the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, which the doctor in your home country arranged for you during your stay in Thailand. (For amounts not exceeding 30 days of treatment)

Details of medical preparations (Trade name, generic name , strength and quantity). If insufficient space, attach an additional statement.


17 Give details of your itineraries

Embarkation Port

Carrier / Flight number

Disembarkation Port

Carrier / Flight number

18 Do you have any relatives or friends in Thailand ?

NO

Yes  ► Give all relevant details

Name of person

Relationship

Permanent resident of Thailand ?

NO

Yes

Address

POSTAL CODE

19 During your proposed stay in Thailand, do you have or expect to incur medical costs or require treatment or medical follow up for your medical condition?

NO

Yes  ► Please provide full details.

If insufficient space, attach an additional statement.


**Part B – Declaration**

20 Applicant

- I declare that the information on this form is complete, correct and up-to-date in every detail.
- I will abide by the condition imposed on the permit granted.

Signature

of applicant

Date

DAY	MONTH	YEAR



## **Supplementary information to form IC-1**

1. The following documents should be submitted together to :

**Narcotics Control Division  
Food and Drug Administration  
Ministry of Public Health  
Nonthaburi 11000, THAILAND  
Tel : 66 2590 7338, Fax : 66 2591 8471  
Email : narcotic@fda.moph.go.th**

**1.1 Application form (Form IC-1)**

**1.2 The medical prescription by the patient's doctor who provided medical treatment indicated :-**

- ◆ the name and address of the patient,
- ◆ the identified medical condition,
- ◆ the name and the necessity of medical preparations for his/her treatment,
- ◆ the posology and total amount of medical preparations prescribed,
- ◆ the name, address and licence number of the prescribing doctor.

**1.3 Certificate issued by the competent authority of the country of departure to confirm the patient's legal authority to carry medical preparations for personal use.**

- 2. Two weeks is necessary to process the application. In case of urgency, please send by fax or E-mail the application form (1.1) with medical prescription (1.2) and the certificate (1.3) at least two weeks before your arrival in Thailand.**

**[The original documents should still be sent by air mail]**

**3. Examples of narcotic drugs controlled under 1961 Convention :**

**Codeine, Dextropropoxyphene, Dihydrocodeine, Fentanyl, Hydrocodone, Hydromorphone, Methadone, Morphine, Oxycodone, Pethidine.**



THE ROYAL THAI GOVERNMENT  
FOOD AND DRUG ADMINISTRATION

A PERMIT TO CARRY MEDICAL PREPARATIONS CONTAINING  
SUBSTANCES UNDER CONTROL OF THE SINGLE CONVENTION ON NARCOTIC DRUGS,1961.

PERMIT No .... B.E. ....

\_\_\_\_\_

In accordance with the Narcotic Drugs Act, B.E. 2522, The Secretary – General of the Food and Drug Administration, being the official charged with the domestic and international controls of medical preparations containing substances under control of the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, in Thailand, hereby permitted holder to enter and remain in Thailand with the following medical preparations:

Permit Holder : Name .....

Passport No. ....

Embarkation Port .....

Disembarkation Port .....

List of medical preparations permitted for not more than thirty days of self – care :


Date of Issue      Day    Month    Year  

--	--	--

Date of Expiry      Day    Month    Year  

--	--	--

\_\_\_\_\_  
Signature of official and stamp



APPLICATION FOR  
AN OUTBOUND CARRYING BY TRAVELLER UNDER TREATMENT OF  
MEDICAL PREPARATIONS CONTAINING SUBSTANCES UNDER CONTROL OF  
THE SINGLE CONVENTION ON NARCOTIC DRUGS, 1961.

Part A – Your details

Please complete using BLOCK LETTERS

1 Your full name – as in your passport

Family name	
Given names	

2 Name in your own script or character – if applicable

--

3 Nationality – as shown in your passport

--

4 Details from your passport

Passport number	
Country of Passport	
Date of issue	DAY MONTH YEAR
Date of expiry	DAY MONTH YEAR
Issuing authority/ Place of issue as shown in your passport	

5 Sex Male  Female

6 Date of birth DAY MONTH YEAR

7 Place of birth  
Town/city  
Country

8 Country where you live

9 Your current residential address – where you can be contacted  
Note : A post office box address is not acceptable as a residential address. Failure to give a residential address will result in your application being invalid.

POSTAL CODE

10 Address for correspondence  
(If the same as your residential address, write 'AS ABOVE'.)

POSTAL CODE

11 Your telephone numbers – where you can be contacted

Office hours	COUNTRY CODE	AREA CODE	NUMBER
	( 66 )	( )	
After hours	COUNTRY CODE	AREA CODE	NUMBER
	( 66 )	( )	

12 Do you agree to the department communicating with you by fax, e-mail, or other electronic means?

NO   
Yes  Give details

Fax number	COUNTRY CODE	AREA CODE	NUMBER
	( 66 )	( )	
E-mail address			

13 Briefly describe the medical treatment you have received in Thailand. If insufficient space, attach an additional statement.


14 Give details of the doctor in Thailand who provided you with medical treatment.

Name and Licence number of doctor.

Address

15 Give the expected date of departure and arrival in Thailand .

DAY MONTH YEAR

Date of departure

--	--	--

DAY MONTH YEAR

Date of arrival

--	--	--

16 Give details of the medical preparations containing substances under control of the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, which the doctor in Thailand arranged for you.

(For amounts not exceeding 30 days of treatment)

Details of medical preparations (Trade name, generic name , strength and quantity). If insufficient space, attach an additional statement.

17 Give details of your itineraries

Embarkation Port

Carrier / Flight number

Disembarkation Port

Carrier / Flight number

18 Do you have any close relatives or friends in Thailand ?

NO

Yes  ► Give all relevant details

Name of person

Relationship

Permanent resident of Thailand ?

NO

Yes

Address

### Part B – Declaration

19 Applicant

- I declare that the information on this form is complete, correct and up-to-date in every detail.
- I will abide by the condition imposed on the permit granted.

Signature

of applicant

Date

DAY MONTH YEAR

--	--	--

## **Supplementary information to form OC-1**

1. The following documents should be submitted together to :

<p><b>Narcotics Control Division</b> <b>Food and Drug Administration</b> <b>Ministry of Public Health</b> <b>Nonthaburi 11000, THAILAND</b> <b>Tel : 66 2590 7338, Fax : 66 2591 8471</b> <b>Email : narcotic@fda.moph.go.th</b></p>
--

1.1 Application form (Form OC-1)

1.2 The copy of medical prescription by the patient's doctor who provided medical treatment indicated :-

- ◆ the name and address of the patient,
- ◆ the identified medical condition,
- ◆ the name and the necessity of medical preparations for his/her treatment,
- ◆ the posology and total amount of medical preparations prescribed,
- ◆ the name, address and licence number of the prescribing doctor.

2. Two weeks is necessary to process the application. In case of urgency, please send by fax or E-mail the application form (1.1) with medical prescription (1.2) at least two weeks before your departure from Thailand. [The original form should still be sent by surface mail]

3. Examples of narcotic drugs controlled under 1961 Convention :

Codeine, Dextropropoxyphene, Dihydrocodeine, Fentanyl, Hydrocodone, Hydromorphone, Methadone, Morphine, Oxycodone, Pethidine.



THE ROYAL THAI GOVERNMENT  
FOOD AND DRUG ADMINISTRATION

A PERMIT TO CARRY MEDICAL PREPARATIONS CONTAINING  
SUBSTANCES UNDER CONTROL OF THE SINGLE CONVENTION ON NARCOTIC DRUGS,1961.

PERMIT No .... B.E. ....

\_\_\_\_\_

In accordance with the Narcotic Drugs Act, B.E. 2522, The Secretary – General of the Food and Drug Administration, being the official charged with the domestic and international controls of medical preparations containing substances under control of the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, in Thailand, hereby permitted holder to carry while overseas travelling the following medical preparations:

Permit Holder : Name .....

Passport No. ....

Embarkation Port .....

Disembarkation Port .....

List of medical preparations permitted for not more than thirty days of self – care :


Date of Issue      Day    Month    Year  

--	--	--

Date of Expiry      Day    Month    Year  

--	--	--

\_\_\_\_\_  
Signature of official and stamp