

เลขรับที่

วันที่

(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต

ผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้อมูลผู้รับอนุญาต : ข้าพเจ้า (ชื่อบุคคล/ชื่อนิติบุคคล)

๒. ข้อมูลผู้ดำเนินกิจการหรือผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินกิจการ : ชื่อ.....

๓. มีความประสงค์ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต ดังต่อไปนี้

ประเด็นแก้ไข	เอกสารหลักฐานที่แนบ
<input type="checkbox"/> ๑. เปลี่ยนชื่อตัว หรือ ชื่อสกุล / เพิ่มหรือเปลี่ยนคำนำหน้าชื่อ ของใบอนุญาตที่..... <input type="radio"/> ผู้รับอนุญาต และ ผู้ดำเนินกิจการ (กรณีบุคคลธรรมดา) <input type="radio"/> ผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินกิจการ (กรณีนิติบุคคล หรือ วิสาหกิจชุมชนที่ไม่เป็นนิติบุคคล) จากเดิม..... เป็น.....	- สำเนาเอกสารแสดงการเปลี่ยนชื่อตัว/ ชื่อสกุล/ แสดงการเพิ่มหรือเปลี่ยนคำนำหน้าชื่อ ที่ออกโดย หน่วยงานของรัฐ
<input type="checkbox"/> ๒. แก้ไขเปลี่ยนแปลง ชื่อนิติบุคคลผู้รับอนุญาต หรือ วิสาหกิจชุมชนที่ไม่เป็นนิติบุคคล (เช่น เปลี่ยนชื่อบริษัท โดยที่ยังเป็นนิติบุคคลเดิม) ของใบอนุญาตที่..... จากเดิม..... เป็น.....	- สำเนาเอกสารแสดงการเปลี่ยนแปลงชื่อ ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ (เช่น สำเนาหนังสือ รับรองแสดงการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ซึ่งนายทะเบียนของ กระทรวงพาณิชย์ออกไว้ ไม่เกิน ๖ เดือน)
<input type="checkbox"/> ๓. แก้ไขเปลี่ยนแปลงนิติบุคคลผู้รับอนุญาต (กรณีเป็นการแปรสภาพโดยเป็นนิติบุคคลเดิม เช่น จากห้างหุ้นส่วนจำกัด แปรสภาพเป็น บริษัทจำกัด หรือบริษัทจำกัด แปรสภาพเป็น บริษัทมหาชนจำกัด) ของใบอนุญาตที่..... จากเดิม..... เป็น..... **กรณีผู้ขอรับอนุญาตเปลี่ยนแปลงนิติบุคคลเดิมเป็นนิติบุคคลใหม่ ให้ขอยกเลิก ใบอนุญาตฉบับเดิม และยื่นคำขอรับใบอนุญาตฉบับใหม่**	- สำเนาเอกสารแสดงการเปลี่ยนแปลงนิติบุคคล ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ (เช่น สำเนาหนังสือ รับรองแสดงการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ซึ่งนายทะเบียนของ กระทรวงพาณิชย์ออกไว้ ไม่เกิน ๖ เดือน)
<input type="checkbox"/> ๔. แก้ไขเปลี่ยนแปลงชื่อสถานที่ที่ได้รับอนุญาต (สถานที่ตั้ง ยังคงตั้งอยู่ที่เดิม) ของใบอนุญาตที่..... จากเดิม..... เป็น.....	- สำเนาเอกสารแสดงการเปลี่ยนชื่อสถานที่ ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ

ประเด็นแก้ไข	เอกสารหลักฐานที่แนบ
<input type="checkbox"/> ๕. เปลี่ยนผู้ดำเนินกิจการ (กรณีผู้รับอนุญาตเป็นนิติบุคคล หรือ วิสาหกิจชุมชนที่ไม่เป็นนิติบุคคล) ของใบอนุญาตที่..... จากเดิม..... เป็น.....	- สำเนาคำสั่งแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง (กรณีหน่วยงานของรัฐ) - หนังสือมอบหมายให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาต - สำเนาหนังสือรับรองแสดงการจดทะเบียน เป็นนิติบุคคล ซึ่งนายทะเบียนของกระทรวง พาณิชย์ออกได้ไม่เกิน ๖ เดือน
<input type="checkbox"/> ๖. เปลี่ยนเลขที่บ้าน ชื่อถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัดของสถานที่ตั้ง ในใบอนุญาต (กรณีข้อมูลสถานที่ตั้งซึ่งรัฐทำการเปลี่ยนแปลง โดยสถานที่ตั้ง ยังคงตั้งอยู่ที่เดิม) ของใบอนุญาตที่..... จากเดิม..... เป็น.....	- สำเนาเอกสารแสดงการเปลี่ยนเลขที่บ้าน ชื่อถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ
<input type="checkbox"/> ๗. แก้ไขหมายเลขโทรศัพท์ / โทรสาร ของใบอนุญาตที่..... <input type="radio"/> โทรศัพท์ จากเดิม..... เป็น..... <input type="radio"/> โทรสาร จากเดิม..... เป็น.....	- สำเนาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไข (ถ้ามี)
<input type="checkbox"/> ๘. ยกเลิกวัตถุประสงค์ของใบอนุญาต ของใบอนุญาตที่..... คือ..... เหตุผล.....	- แผนการผลิตและแผนการใช้ประโยชน์ฯ - สำเนาเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไข (ถ้ามี)
<input type="checkbox"/> ๙. เพิ่มวัตถุประสงค์ของใบอนุญาต ของใบอนุญาตที่..... คือ..... เหตุผล..... “กรณีเพื่อประโยชน์ในการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย หรือปรับปรุงพันธุ์ โพรตระบุ ชื่อโครงการทำยวัตถุประสงค์ด้วย”	- แผนการผลิตและแผนการใช้ประโยชน์ฯ มาตรการรักษาความปลอดภัย (กรณีที่มี การเปลี่ยนแปลงมาตรการฯ) กรณีสถานศึกษาที่ประสงค์จะเพิ่มวัตถุประสงค์ เพื่อประโยชน์ในเชิงพาณิชย์หรืออุตสาหกรรม ให้แนบเอกสารที่แสดงถึงพันธกิจที่ให้ ดำเนินการในเชิงพาณิชย์ฯ ได้ - สำเนาเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไข เช่น โครงการศึกษาวิจัย เป็นต้น (ถ้ามี)

ประเด็นแก้ไข	เอกสารหลักฐานที่แนบ
<input type="checkbox"/> ๑๐. แก้ไขประเภทของผลิตภัณฑ์ที่ใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เป็นวัตถุดิบในการผลิต ของใบอนุญาตที่..... จากเดิม <input type="checkbox"/> อาหาร <input type="checkbox"/> เครื่องสำอาง <input type="checkbox"/> ผลิตภัณฑ์สมุนไพร <input type="checkbox"/> ยา <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ) เป็น <input type="checkbox"/> อาหาร <input type="checkbox"/> เครื่องสำอาง <input type="checkbox"/> ผลิตภัณฑ์สมุนไพร <input type="checkbox"/> ยา <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ) เหตุผล.....	- เอกสารแสดงการจะซื้อขายให้กับผู้ซื้อ (ถ้ามี) - แผนการผลิตและแผนการใช้ประโยชน์ฯ - สำเนาเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไข (ถ้ามี)
<input type="checkbox"/> ๑๑. แก้ไขยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ ที่ขออนำเข้า ของใบอนุญาตที่..... จากเดิม..... เป็น..... เหตุผล.....	- เอกสารแสดงการจะซื้อขายจากแหล่งที่มา (ถ้ามี) - แผนการนำเข้าและแผนการใช้ประโยชน์ฯ - COA - สำเนาเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไข (ถ้ามี)
<input type="checkbox"/> ๑๒. แก้ไขยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ ที่ขอยำหน่าย ของใบอนุญาตที่..... จากเดิม..... เป็น..... เหตุผล.....	- เอกสารแสดงการได้มาของยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เพื่อนำไปจำหน่าย (ถ้ามี) - เอกสารแสดงการจะซื้อขายให้กับผู้ซื้อ (ถ้ามี) - สำเนาเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไข (ถ้ามี)
<input type="checkbox"/> ๑๓. แก้ไขยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ ที่ขอมีไว้ในครอบครอง ของใบอนุญาตที่..... จากเดิม..... เป็น..... เหตุผล.....	- เอกสารแสดงการได้มาของยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ (ถ้ามี) - สำเนาเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไข (ถ้ามี)
<input type="checkbox"/> ๑๔. อื่น ๆ (โปรดระบุหัวข้อ.....) ของใบอนุญาตที่..... จากเดิม..... เป็น..... เหตุผล.....	- สำเนาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไข (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความและเอกสารหรือหลักฐานทั้งหมดที่ยื่นไว้นี้ เป็นความจริงทุกประการ

(ลายมือชื่อ) ผู้รับอนุญาต/ผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการ
 (.....)

หมายเหตุ : (๑) โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน / ให้ตรงตามความประสงค์ และให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก
 (๒) รับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ

ผลการตรวจรับ

ครั้งที่ ๑	ครั้งที่ ๒
<input type="checkbox"/> เอกสารครบถ้วน/ถูกต้อง รับคำขอและเอกสารไว้เพื่อดำเนินการต่อไป <input type="checkbox"/> เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก <input type="checkbox"/> ให้ยื่นเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมภายในระยะเวลา ๕ วันทำการ นับจากวันที่ได้รับเรื่อง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ในการคืนคำขอ <input type="checkbox"/> คืนเอกสารคำขอ แล้วให้นำมายื่นใหม่ภายหลัง พร้อมแก้ไขให้ถูกต้อง ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ ลงชื่อ..... (.....) รับทราบผลการตรวจเอกสาร วันที่...../...../..... (กรณีไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง) ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ..... (.....) วันที่...../...../.....	<input type="checkbox"/> เอกสารครบถ้วน <input type="checkbox"/> เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง คืนเอกสารคำขอ ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ..... (.....) วันที่...../...../.....
<input type="checkbox"/> กรณีรับเอกสารทางไปรษณีย์ ให้เจ้าหน้าที่แจ้งผู้ยื่นคำขอ โดยกำหนดยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายใน ๒๐ วันทำการนับจากวันที่แจ้ง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ในการคืนคำขอ () แจ้งทางโทรศัพท์ หมายเลข..... ชื่อผู้รับแจ้ง..... () แจ้งทางโทรสาร หมายเลข..... () แจ้งทางไปรษณีย์..... () แจ้งช่องทางอื่นๆ ชื่อผู้รับแจ้ง.....	

คำเตือน : หากประสงค์จะแก้ไขเปลี่ยนแปลงข้อมูลรายการในใบอนุญาตที่เป็นข้อมูลของปีปัจจุบัน ขอให้ท่านดำเนินการแก้ไขก่อนถึงกำหนดการต่ออายุใบอนุญาตประจำปี เพื่อความรวดเร็วในการต่ออายุใบอนุญาต และให้การดำเนินกิจการของท่านเป็นไปด้วยความเรียบร้อย