



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
Food and Drug Administration

ใบตรวจรับเอกสารประกอบคำขออนุญาตให้มีไว้ครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์
ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔
เพื่อการบำบัดรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์ (สำหรับสถานพยาบาล)

ชื่อสถานประกอบการ.....ชื่อผู้ขอรับใบอนุญาตฯ.....

สำหรับ ผู้ประกอบการ	การตรวจรับเอกสาร	สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ		
		มี		ไม่มี
		ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
<input type="checkbox"/>	1) ใบตรวจรับเอกสารประกอบคำขออนุญาตให้มีไว้ครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4 (แบบ ค.ว.จ. 2/3/4-1)			
<input type="checkbox"/>	2) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม ของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือนก่อนวันยื่นคำขอ			
<input type="checkbox"/>	3) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่งของผู้ขอรับใบอนุญาต			
<input type="checkbox"/>	4) สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) หรือสำเนาใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์ (สส.3)			
<input type="checkbox"/>	5) สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19) หรือสำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ (สส.4)			
<input type="checkbox"/>	6) เอกสารแสดงการเป็นสัตวแพทย์ประจำสถานที่ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยสัตวแพทย์เพื่องานทางวิทยาศาสตร์ กรณีเป็นการดำเนินการต่อสัตว์เพื่อใช้ในงานทางวิทยาศาสตร์			
<input type="checkbox"/>	7) หนังสือแสดงว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการของนิติบุคคล กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่เป็นของนิติบุคคล (ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์)			
<input type="checkbox"/>	7.1) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (กรณีผู้รับมอบอำนาจ/ผู้มอบอำนาจ ไม่ได้มาด้วยตนเอง)			
<input type="checkbox"/>	8) แผนที่แสดงที่ตั้งและแผนผังแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ของสถานพยาบาล			
<input type="checkbox"/>	9) รูปถ่ายสถานพยาบาลจำนวน 2 รูป (รูปที่ 1 แสดงลักษณะอาคาร รูปที่ 2 แสดงป้ายและเลขที่ของสถานที่ตั้ง)			
<input type="checkbox"/>	10) ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตจำนวน 500 บาท			
	11) เอกสารเพิ่มเติมกรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นมายื่นเอกสาร			
<input type="checkbox"/>	11.1 หนังสือมอบอำนาจให้ผู้อื่นมายื่นเอกสารเกี่ยวกับใบอนุญาตฯ วัตถุเสพติด หรือแบบมอบอำนาจให้ผู้อื่นมายื่นเอกสารเกี่ยวกับใบอนุญาตฯ วัตถุเสพติด			
<input type="checkbox"/>	11.2 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ กรณีไม่ได้มาด้วยตนเอง			

เลขรับที่ วันที่ (สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

ที่ปิดรูปถ่ายของ ผู้ขอรับใบอนุญาต หรือผู้ดำเนินการ ขนาด ๑ นิ้ว

**คำขอรับใบอนุญาต คำขอต้ออายุใบอนุญาต คำขอรับใบแทน
ใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ประเภท ๓ หรือประเภท ๔**

- ขอรับใบอนุญาต (กรณีรายใหม่)
- ขอต้ออายุใบอนุญาตเลขที่..... ประจำปี พ.ศ.
- ขอรับใบแทนใบอนุญาต เนื่องจากใบอนุญาต สูญหาย ถูกทำลายหรือลบบเลือนในสาระสำคัญ

เขียนที่
วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. วัตถุประสงค์ในการขอรับใบอนุญาต

(คำขอ ๑ ฉบับ ให้ยื่นขอได้เพียงหนึ่งวัตถุประสงค์สำหรับวัตถุออกฤทธิ์หนึ่งประเภทเท่านั้น)

- เพื่อการบำบัดรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์
 - วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๔
- เพื่อการวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยหรือเพื่อประโยชน์อื่นทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์
 - วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๔
 โปรตระบุรายละเอียด.....
 ชื่อวัตถุออกฤทธิ์ที่ขอรับอนุญาต.....
- เพื่อการป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์
 - วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒
 โปรตระบุรายละเอียด.....
 ชื่อวัตถุออกฤทธิ์ที่ขอรับอนุญาต.....
- เพื่อใช้ประจำในการปฐมพยาบาลหรือในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินในยานพาหนะที่ใช้ในการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศที่จดทะเบียนในราชอาณาจักร
 - วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๔
 โปรตระบุรายละเอียด.....
 ชื่อวัตถุออกฤทธิ์ที่ขอรับอนุญาต.....
- เพื่อประโยชน์ทางอุตสาหกรรม
 - วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๔
 โปรตระบุรายละเอียด.....
 ชื่อวัตถุออกฤทธิ์ที่ขอรับอนุญาต.....

๒. ข้อมูลผู้ขอรับใบอนุญาต

ข้าพเจ้า (ชื่อบุคคล/นิติบุคคล)

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

เลขประจำตัวประชาชน

หรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้ คือ.....เลขที่(กรณีไม่ใช่ผู้มีสัญชาติไทย)

หรือทะเบียนนิติบุคคล / บัตรประจำตัวผู้เสียภาษี เลขที่.....

อยู่เลขที่

หมู่ที่..... ตรอก/ซอย ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

โทรสาร E-mail

๓. ข้อมูลผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการหรือดำเนินกิจการเกี่ยวกับใบอนุญาต

ชื่อ

เลขประจำตัวประชาชน

หรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้ คือ.....เลขที่(กรณีไม่ใช่ผู้มีสัญชาติไทย)

หรือทะเบียนนิติบุคคล / บัตรประจำตัวผู้เสียภาษี เลขที่.....

อยู่เลขที่

หมู่ที่..... ตรอก/ซอย ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

โทรสาร E-mail

๔. ข้อมูลสถานที่มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์

ณ สถานที่ชื่อ

ตั้งอยู่เลขที่

หมู่ที่..... ตรอก/ซอย ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

โทรสาร

๕. ข้อมูลสถานที่เก็บ (กรณีการขออนุญาตเพื่อประโยชน์ทางอุตสาหกรรม)

ตั้งอยู่เลขที่

หมู่ที่..... ตรอก/ซอย ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

โทรสาร

๖. พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหรือหลักฐานต่างๆ มาด้วย คือ

๖.๑ **กรณีขอรับใบอนุญาต (กรณีรายใหม่)**

- (๑) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม ของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ รูป ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือนก่อนวันยื่นคำขอ
- (๒) เอกสารหรือหลักฐานเพิ่มเติม ดังนี้

(๒.๑) **เพื่อการบำบัดรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์**

- สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรมหรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่งของผู้ขอรับใบอนุญาต
- สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. ๗) หรือ สำเนาใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์ (สส.๓)
- สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ. ๑๙) หรือ สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ (สส.๔)
- เอกสารแสดงการเป็นสัตวแพทย์ประจำสถานที่ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยสัตวแพทย์เพื่องานทางวิทยาศาสตร์
- สำเนาหนังสือรับรองแสดงการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ซึ่งนายทะเบียนของกระทรวงพาณิชย์ออกไว้ไม่เกิน ๖ เดือนกรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่เป็นของนิติบุคคล (ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์)
- หนังสือแสดงว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการของนิติบุคคล กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่เป็นของนิติบุคคล (ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์)
- แผนที่แสดงที่ตั้งและแผนผังแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ของสถานพยาบาล
- รูปถ่ายสถานพยาบาลจำนวน ๒ รูป (รูปที่ ๑ แสดงลักษณะอาคาร รูปที่ ๒ แสดงป้ายและเลขที่ของสถานที่ตั้ง)

(๒.๒) **เพื่อการวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยหรือเพื่อประโยชน์อื่นทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์**

- สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงานกรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นหน่วยงานของรัฐ
- หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาต กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นหน่วยงานของรัฐ
- สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตมิใช่หน่วยงานของรัฐ
- หนังสือแสดงว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการกิจการของนิติบุคคลผู้ขอรับใบอนุญาตกรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นนิติบุคคล
- สำเนาหนังสือรับรองแสดงการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ซึ่งนายทะเบียนของกระทรวงพาณิชย์ออกไว้ไม่เกิน ๖ เดือน กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นนิติบุคคล
- กรณีการศึกษาวิจัยให้แนบโครงการศึกษาวิจัยซึ่งระบุชื่อ จำนวนหรือปริมาณ และรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ประเภท ๓ หรือประเภท ๔ รวมทั้งกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการมีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์นั้น ภายใต้โครงการศึกษาวิจัยดังกล่าว
 - **กรณีเป็นการศึกษาวิจัยในมนุษย์** ให้แนบหลักฐานการผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของหน่วยงานผู้ขออนุญาต หรือหากหน่วยงานผู้ขออนุญาตไม่มีคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม ให้แนบหลักฐานการผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมที่เลขาธิการกำหนด
 - **กรณีที่เป็นการศึกษาวิจัยในสัตว์เพื่องานทางวิทยาศาสตร์** ให้แนบหลักฐานการพิจารณาอนุมัติของคณะกรรมการกำกับดูแลตามมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติสัตว์เพื่องานทางวิทยาศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๕๘ ของหน่วยงานผู้ขออนุญาต หรือหากหน่วยงานผู้ขออนุญาตไม่มีคณะกรรมการกำกับดูแลดังกล่าว ให้แนบหลักฐานการพิจารณาอนุมัติของคณะกรรมการกำกับดูแลที่เลขาธิการกำหนด

(๒.๓) เพื่อการป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์

- สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน
- หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาต

**(๒.๔) เพื่อใช้ประจำในการปฐมพยาบาลหรือในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินในยานพาหนะที่ใช้ในการขนส่ง
สาธารณะระหว่างประเทศที่จดทะเบียนในราชอาณาจักร**

- สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์
- สำเนาหนังสือรับรองแสดงการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ซึ่งนายทะเบียนของกระทรวงพาณิชย์ ออกไว้ไม่เกิน ๖ เดือน กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นนิติบุคคล
- หนังสือแสดงว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการกิจการของนิติบุคคลผู้ขอรับใบอนุญาต กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นนิติบุคคล
- สำเนาใบอนุญาตให้จดทะเบียนในราชอาณาจักรซึ่งยานพาหนะที่ใช้ในการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศ
- แผนที่แสดงที่ตั้งและแผนผังแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ของสถานประกอบการ
- เอกสารแสดงรายชื่อสถานที่และยานพาหนะที่จะครอบครอง/นำเข้าหรือส่งออกวัตถุออกฤทธิ์
- รูปถ่ายแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ของสถานประกอบการจำนวน ๑ รูป

(๒.๕) เพื่อประโยชน์ทางอุตสาหกรรม

- สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์และสถานที่เก็บ
- สำเนาหนังสือรับรองแสดงการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ซึ่งนายทะเบียนของกระทรวงพาณิชย์ ออกไว้ไม่เกิน ๖ เดือน กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นนิติบุคคล
- หนังสือแสดงว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการกิจการของนิติบุคคลผู้ขอรับใบอนุญาต กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นนิติบุคคล
- เอกสารแสดงกระบวนการทางอุตสาหกรรมที่ใช้วัตถุออกฤทธิ์เป็นส่วนประกอบ
- แผนที่แสดงที่ตั้งและแผนผังแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ของสถานประกอบการ รูปถ่ายแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ของสถานประกอบการ จำนวน ๑ รูป

๖.๒ กรณีขอต่ออายุใบอนุญาต

- (๑) ใบอนุญาตฉบับเดิม
- (๒) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม ของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ รูป ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือนก่อนวันยื่นคำขอ
- (๓) สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ. ๑๙) หรือสำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ (สส.๔) หรือเอกสารหลักฐานอื่นที่แสดงถึงการยื่นคำขอรับใบอนุญาตดังกล่าวแล้ว กรณีการขอต่ออายุใบอนุญาตเพื่อการบำบัดรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์

๖.๓ กรณีขอรับใบแทนใบอนุญาต

- (๑) ใบแจ้งความ กรณีใบอนุญาตสูญหาย
- (๒) ใบอนุญาต กรณีใบอนุญาตดังกล่าวถูกทำลายหรือลบเลือนในสาระสำคัญ
- (๓) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม ของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ รูป ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือนก่อนวันยื่นคำขอ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความและเอกสารหรือหลักฐานทั้งหมดที่ยื่นเพื่อประกอบคำขอรับใบอนุญาตเป็นความจริงทุกประการ

(ลายมือชื่อ) ผู้ขอรับใบอนุญาต/ผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการหรือดำเนินการ
(.....)

หมายเหตุ : (๑) ให้ขีดเลือกข้อความในช่อง / ให้ตรงตามที่ประสงค์จะดำเนินการ

(๒) รับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ

หนังสือแสดงว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการของนิติบุคคล (ใบอนุญาตเกี่ยวกับวัตถุเสพติด)

หนังสือ ๑ ฉบับใช้ได้กับใบอนุญาตทุกประเภท และใช้ได้ทั้งวัตถุออกฤทธิ์และยาเสพติด

ใบอนุญาต ผลิต ขยาย/จำหน่าย นำเข้า ส่งออก มีไว้ในครอบครอง
 อื่นๆ โปรดระบุ.....
 วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๑ ๒ ๓ ๔
 ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ๕

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

และ นาย / นาง / นางสาว.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

กรรมการผู้มีอำนาจลงนามแทน บริษัท/หจก./หสน.....

ซึ่งตั้งอยู่เลขที่.....

ขอมอบหมายให้ นาย / นาง / นางสาว.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

เป็นผู้รับอนุญาต ผลิต ขยาย/จำหน่าย นำเข้า ส่งออก มีไว้ในครอบครอง
 อื่นๆ โปรดระบุ.....

วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๑ ๒ ๓ ๔

ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ๕

การใดที่ นาย / นาง / นางสาว.....

ได้กระทำไป ให้ถือเสมือนว่าเป็นการกระทำของข้าพเจ้า และ บริษัทฯ/หจก./หสน.ฯ ขอรับผิดชอบทุกประการ

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ติดอากร 30.- บาท
ประทับตราบริษัทฯ (ถ้ามี)

หนังสือมอบอำนาจ
ให้ผู้ยื่นภาษีและรับเอกสารเกี่ยวกับ ใบอนุญาต ฯ วัตถุประสงค์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เป็นผู้ดำเนินกิจการ
ในสถานที่ประกอบการชื่อ.....ตั้งอยู่เลขที่.....

ซอย/ตรอก.....ถนน.....หมู่ที่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....อายุ.....ปี
อยู่เลขที่.....ซอย/ตรอก.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....บัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการ
เลขที่.....

เป็นผู้ดำเนินการแทนเกี่ยวกับการ ขอรับใบอนุญาต.....

แก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต.....

ต่ออายุใบอนุญาต.....

อื่น ๆ (ระบุ).....

โดยเป็นผู้ยื่น / รับเอกสาร ตลอดถึงการแก้ไขเอกสาร ที่กองควบคุมวัตถุประสงค์ สำนักงานคณะกรรมการ
อาหารและยา แทนข้าพเจ้า ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

1. สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ ของข้าพเจ้าที่รับรองเอกสารแล้ว
 2. สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ ของผู้รับมอบอำนาจที่รับรองเอกสารแล้ว
- การใดที่ นาย / นาง / นางสาว.....ได้กระทำไปให้ถือเสมือน

เป็นการกระทำของข้าพเจ้า และข้าพเจ้าขอรับผิดชอบทุกประการ

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

ติดอากร 30.- บาท
ประทับตราบริษัทฯ (ถ้ามี)

กรุณากรอรายละเอียดให้ครบถ้วน : ถ้าส่งเอกสารทางไปรษณีย์ไม่ต้องใช้หนังสือมอบอำนาจ