



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
Food and Drug Administration

ใบตรวจรับเอกสารประกอบคำขอรับใบอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง
ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตามมาตรา 8 (5)

ชื่อสถานประกอบการ.....ชื่อผู้ดำเนินกิจการ

สำหรับ ผู้ประกอบการ	การตรวจรับเอกสาร	สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ		
		มี		ไม่มี
		ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
	กรณีขอรับใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เกินปริมาณที่กำหนดฯ			
<input type="checkbox"/>	1) คำขอรับใบอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตามมาตรา 8(5) ให้ใช้ แบบ ก.ย.ส. 2-1			
<input type="checkbox"/>	2) แบบแจ้งรายละเอียดเพื่อประกอบการขอรับใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 2 เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตามมาตรา 8 (5) [ตามแบบ ก.ย.ส. 2-1 (แบบ จ.)]			
<input type="checkbox"/>	3) สำเนาหรือรูปถ่ายใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 [เฉพาะผู้รับ อนุญาตที่มีสถานที่จำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 อยู่ในส่วนภูมิภาค]			
<input type="checkbox"/>	4) สำเนาหรือรูปถ่ายใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล [เฉพาะการขอรับใบอนุญาตฯ ณ สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2551]			
	กรณีขอรับใบอนุญาตมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เกินปริมาณที่กำหนดฯ			
<input type="checkbox"/>	5) คำขอรับใบอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตามมาตรา 8(5) ให้ใช้ แบบ ก.ย.ส. 2-1			
<input type="checkbox"/>	6) แบบแจ้งรายละเอียดเพื่อประกอบการขอรับใบอนุญาตมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติด ให้โทษในประเภท 2 เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตามมาตรา 8 (5) [ตามแบบ ก.ย.ส. 2-1 (แบบ ค.)]			
<input type="checkbox"/>	7) สำเนาหรือรูปถ่ายใบอนุญาตมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 [เฉพาะผู้รับอนุญาตที่เป็นสถานพยาบาลของรัฐและมีสถานที่มีไว้ในครอบครอง ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 อยู่ในส่วนภูมิภาค]			
	8) รายงานประจำปีย้อนหลัง 2 ปี (แบบ ย.ส.7)			
	9) เอกสารเพิ่มเติมกรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นมายื่นเอกสาร			
<input type="checkbox"/>	9.1) หนังสือมอบอำนาจให้ผู้อื่นมายื่นเอกสารเกี่ยวกับใบอนุญาตฯ วัตถุประสงค์			
	9.2) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้มอบอำนาจ (กรณีไม่ได้มาด้วยตนเอง)			
	9.3) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีไม่ได้มาด้วยตนเอง)			
	10) ค่าธรรมเนียม 200 บาท สำหรับผู้รับใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 หรือใบอนุญาตมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 หมวด ค.			
<input type="checkbox"/>	10.1) กรุงเทพฯ กรณีมาติดต่อด้วยตนเอง ชำระด้วยเงินสดหรือ แคชเชียร์เช็ค หากส่งทางไปรษณีย์ ชำระเป็น แคชเชียร์เช็ค ส่งจ่ายสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา			
<input type="checkbox"/>	10.2) ต่างจังหวัด กรณีมาติดต่อด้วยตนเอง ชำระด้วยเงินสดหรือ ตั๋วแลกเงินธนาคาร (Draft) หากส่งทางไปรษณีย์ ชำระเป็น ตั๋วแลกเงินธนาคาร (Draft) ส่งจ่ายสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา			

ข้าพเจ้าขอให้สัญญาว่า

- 1) จะปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขต่าง ๆ ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด
- 2) ยินยอมให้หน่วยรับรองระบบงานหรือองค์กร ที่เกี่ยวข้องกับการรับรองดำเนินการสังเกตการตรวจประเมินของ คณะผู้ตรวจประเมินของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ณ สถานที่ประกอบการของข้าพเจ้าตามที่ได้รับการร้องขอ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลต่าง ๆ ที่ให้ไว้นี้เป็นความจริงทุกประการ และได้รับเอกสารหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการรับรองไว้เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้ยื่นคำขอ (ผู้ดำเนินการ)
(.....)

ผลการตรวจรับ

<p>ครั้งที่ 1</p> <p><input type="checkbox"/> เอกสารครบถ้วน/ถูกต้อง รับคำขอและเอกสารไว้เพื่อดำเนินการต่อไป</p> <p><input type="checkbox"/> เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> ให้ยื่นเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมภายในระยะเวลา 5 วันทำการ นับจากวันที่ได้รับเรื่อง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ในการคืนคำขอ</p> <p><input type="checkbox"/> คืนเอกสารคำขอ แล้วให้นำมายื่นใหม่ภายหลัง พร้อมแก้ไขให้ถูกต้อง</p> <p>ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจให้ยื่นเอกสาร รับทราบผลการตรวจเอกสาร ลงชื่อ..... วันที่...../...../.....</p> <p>ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ.....(เจ้าหน้าที่กลุ่มเงินทุนฯ) วันที่...../...../.....</p> <p><input type="checkbox"/> รับเอกสารทางไปรษณีย์ ให้เจ้าหน้าที่แจ้งผู้ยื่นคำขอ โดยกำหนดยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายใน 20 วันทำการนับจากวันที่แจ้ง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ในการคืนคำขอ</p> <p>() แจ้งทางโทรศัพท์ หมายเลข..... ผู้รับเรื่อง.....</p> <p>() แจ้งทางโทรสาร หมายเลข.....</p> <p>() แจ้งทางไปรษณีย์</p>	<p>ครั้งที่ 2</p> <p><input type="checkbox"/> เอกสารครบถ้วน</p> <p><input type="checkbox"/> เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง คืนเอกสารคำขอ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ..... วันที่...../...../.....</p>
--	--

เลขรับที่
วันที่
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

คำขอรับใบอนุญาต
จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒
เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตามมาตรา ๘ (๕)

เขียนที่
วันที่ เดือน พ.ศ.

- ๑. **ข้าพเจ้า** (ชื่อบุคคล/นิติบุคคลผู้ขอรับใบอนุญาต)
ซึ่งมีผู้ดำเนินกิจการ (กรณีที่เป็นนิติบุคคลเป็นผู้ขอรับใบอนุญาต) ชื่อ
- ๒. **ได้รับใบอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ คือ**
 ใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ใบอนุญาตที่ หมวด
 ใบอนุญาตมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ใบอนุญาตที่ หมวด
- ๓. **ขอรับใบอนุญาต** **จำหน่าย** **มีไว้ในครอบครอง** ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เกินปริมาณที่
กำหนดไว้ตามมาตรา ๘ (๕) คือ (ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษ)
 ปริมาณ กรัม หรือ ซม.^m
- ๔. **ณ สถานที่** **จำหน่าย** **มีไว้ในครอบครอง** ชื่อ
 ตั้งอยู่เลขที่ ตรอก/ซอย
 ถนน หมู่ที่ ตำบล/แขวง
 อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์
 โทรศัพท์ โทรสาร
- ๕. **พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย ดังนี้**
 (๑) **กรณีขอรับใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เกินปริมาณที่กำหนดฯ คือ**
 (๑.๑) แบบแจ้งรายละเอียดเพื่อประกอบการขอรับใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒
 เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตามมาตรา ๘ (๕) [ตามแบบ ก.ย.ส. ๒-๑ (แบบ จ.)]
 (๑.๒) สำเนาหรือรูปถ่ายใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒
 [เฉพาะผู้รับอนุญาตที่มีสถานที่จำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ อยู่ในส่วนภูมิภาค]
 (๑.๓) สำเนาหรือรูปถ่ายใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล [เฉพาะการขอรับใบอนุญาตฯ
 ณ สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑]
 (๒) **กรณีขอรับใบอนุญาตมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เกินปริมาณที่กำหนดฯ คือ**
 (๒.๑) แบบแจ้งรายละเอียดเพื่อประกอบการขอรับใบอนุญาตมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษ
 ในประเภท ๒ เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตามมาตรา ๘ (๕) [ตามแบบ ก.ย.ส. ๒-๑ (แบบ ค.)]
 (๒.๒) สำเนาหรือรูปถ่ายใบอนุญาตมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ [เฉพาะผู้รับอนุญาตที่เป็น
 สถานพยาบาลของรัฐและมีสถานที่มีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ อยู่ในส่วนภูมิภาค]
 (๓) เอกสารอื่น ๆ [ถ้ามี]

(ลายมือชื่อ) ผู้ขอรับใบอนุญาต/ผู้ดำเนินกิจการ
()

หมายเหตุ ให้ เลือกข้อความที่ต้องการ

**แบบแจ้งรายละเอียดเพื่อประกอบการขอรับใบอนุญาต
จำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒
เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตามมาตรา ๘ (๕)**

ข้าพเจ้า ได้ยื่นแบบ ก.ย.ส. ๒-๑
เพื่อขอรับใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตามมาตรา ๘ (๕)
คือ (ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษ) ปริมาณ กรัม หรือ ซม.^m
จึงขอแจ้งรายละเอียดเพื่อประกอบการขอรับใบอนุญาตฯ ดังนี้

๑. เหตุผลและความจำเป็นที่ขอรับใบอนุญาตฯ
 - โรคหรือกรณีที่ต้องใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ นั้น (โปรดระบุ)
 - เหตุผลที่ต้องขอรับใบอนุญาตฯครั้งนี้ เนื่องจาก.....
๒. จำนวนเตียงของสถานพยาบาล เตียง
๓. เวลาทำการของสถานพยาบาล น. ถึง น.
(เฉพาะสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑)
๔. จำนวนผู้ป่วย/สัตว์ป่วย ที่จำเป็นต้องใช้ยาเสพติดให้โทษดังกล่าวโดยเฉลี่ยต่อเดือน คน/ตัว
๕. จำนวนยาเสพติดให้โทษที่จำเป็นต้องใช้โดยเฉลี่ยต่อเดือน และยอดคงเหลือของยาเสพติดให้โทษนั้น

ชนิดของยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ (แยกตามแต่ละรูปแบบเภสัชภัณฑ์)	จำนวนที่จำเป็นต้องใช้โดยเฉลี่ยต่อเดือน (amp, tab, cap, patch etc.)	ยอดคงเหลือ ณ วันที่ขอรับใบอนุญาต (amp, tab, cap, patch etc.)
๑.		
๒.		
๓.		
๔.		
๕.		
๖.		
๗.		
๘.		

๖. ข้อมูลการใช้ยาเสพติดให้โทษของสถานพยาบาลในแต่ละเดือน ย้อนหลังไปไม่น้อยกว่า ๖ เดือน

ชนิดของยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ (แยกตามแต่ละรูปแบบเภสัชภัณฑ์)	เดือน	เดือน	เดือน	เดือน	เดือน	เดือน
๑.						
๒.						
๓.						
๔.						
๕.						
๖.						
๗.						
๘.						

**แบบแจ้งรายละเอียดเพื่อประกอบการขอรับใบอนุญาต
มีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒
เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตามมาตรา ๘ (๕)**

ข้าพเจ้า ได้ยื่นแบบ ก.ย.ส. ๒-๑
เพื่อขอรับใบอนุญาตมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตามมาตรา ๘ (๕)
คือ (ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษ) ปริมาณ กรัม หรือ ชม^๐
จึงขอแจ้งรายละเอียดเพื่อประกอบการขอรับใบอนุญาตฯ ดังนี้

๑. เหตุผลและความจำเป็นที่ขอรับใบอนุญาตฯ

- กรณีที่จำเป็นต้องใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ นั้น (โปรดระบุ)
-
-
- เหตุผลที่ต้องขอรับใบอนุญาตฯครั้งนี้ เนื่องจาก.....
-

๒. จำนวนยาเสพติดให้โทษที่จำเป็นต้องใช้โดยเฉลี่ยต่อเดือน และยอดคงเหลือของยาเสพติดให้โทษนั้น

ชนิดของยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ (แยกตามแต่ละรูปแบบเภสัชภัณฑ์)	จำนวนที่จำเป็นต้องใช้โดยเฉลี่ยต่อเดือน (amp, tab, cap, patch etc.)	ยอดคงเหลือ ณ วันที่ขอรับใบอนุญาต (amp, tab, cap, patch etc.)
๑.		
๒.		
๓.		
๔.		
๕.		
๖.		
๗.		
๘.		

๓. ข้อมูลการใช้ยาเสพติดให้โทษในแต่ละเดือน ย้อนหลังไปไม่น้อยกว่า ๖ เดือน

ชนิดของยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ (แยกตามแต่ละรูปแบบเภสัชภัณฑ์)	เดือน	เดือน	เดือน	เดือน	เดือน	เดือน
๑.						
๒.						
๓.						
๔.						
๕.						
๖.						
๗.						
๘.						

หนังสือมอบอำนาจ
ให้ผู้ยื่นมายื่นและรับเอกสารเกี่ยวกับ ใบอนุญาต ฯ วัตถุประสงค์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เป็นผู้ดำเนินการ
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