



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา  
Food and Drug Administration

ใบตรวจรับเอกสารประกอบคำขอใบอนุญาตและใบแทนใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2  
หมวด ค สำหรับสถานพยาบาลเอกชน

ชื่อสถานประกอบการ.....ชื่อผู้ดำเนินการ.....

สำหรับ ผู้ประกอบการ	การตรวจรับเอกสาร	สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ		
		มี		ไม่มี
		ถูกต้อง	ไม่ ถูกต้อง	
<b>การขอรับใบอนุญาต</b>				
<b>ขอใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2</b>				
<input type="checkbox"/>	1.1 แบบคำขออนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 (แบบ ย.ส. 2-จ)			
<input type="checkbox"/>	1.2 รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม ของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ได้รับมอบหมายหรือ แต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือนก่อนวันยื่นคำขอ			
<input type="checkbox"/>	1.3 สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ประกอบวิชาชีพทันตกรรม/ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม/ ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่งของผู้ดำเนินการ			
<input type="checkbox"/>	1.4 สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. 7) หรือสำเนาใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์ (สส.3) ที่ต่ออายุในปีปัจจุบันแล้ว			
<input type="checkbox"/>	1.5 สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ. 19) หรือสำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ (สส.4) ที่ต่ออายุในปีปัจจุบันแล้ว			
<input type="checkbox"/>	1.6 รูปถ่ายสถานพยาบาล จำนวน 2 รูป (รูปที่ 1 แสดงลักษณะอาคาร, รูปที่ 2 แสดงป้าย, เลขที่ของสถานที่ตั้ง)			
<input type="checkbox"/>	1.7 แผนที่ตั้งและแผนผังแสดงที่เก็บยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ของสถานพยาบาล			
	1.8 เอกสารเพิ่มเติมกรณีนิติบุคคล			
<input type="checkbox"/>	1.8.1) หนังสือแสดงว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการของนิติบุคคล กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานประกอบการที่เป็นของนิติบุคคล			
<input type="checkbox"/>	1.8.2) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้มอบอำนาจ (กรณีไม่ได้มาด้วยตนเอง)			
<input type="checkbox"/>	1.8.3) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีไม่ได้มาด้วยตนเอง)			
<input type="checkbox"/>	1.9 ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ฉบับละ 1,000 บาท กรณีมาติดต่อด้วยตนเอง ชำระด้วยเงินสด /หากส่งทางไปรษณีย์ ชำระเป็น แคชเชียร์เช็ค สั่งจ่าย “สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา”			
<b>การขอรับใบแทนใบอนุญาต</b>				
<b>ขอรับใบแทนใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2</b>				
<input type="checkbox"/>	1.1 แบบคำขออนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 (แบบ ย.ส. 2-จ)			
<input type="checkbox"/>	1.2 รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม ของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ได้รับมอบหมายหรือ แต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือนก่อนวันยื่นคำขอ			
<b>***เลือกกรณีใดกรณีหนึ่ง***</b>				
<input type="checkbox"/>	1.3 กรณีใบอนุญาตสูญหาย แบบใบแจ้งความต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ตำรวจที่ระบุว่าใบอนุญาตสูญหาย			
<input type="checkbox"/>	1.4 กรณีใบอนุญาตถูกทำลาย หรือลบเลือน แบบใบอนุญาตที่ถูกทำลายบางส่วนหรือลบเลือนในสาระสำคัญ			

<input type="checkbox"/>	1.5 ค่าธรรมเนียมใบแทนใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ฉบับละ 100 บาท กรณีมาติดต่อด้วยตนเอง ชำระด้วยเงินสด /หากส่งทางไปรษณีย์ ชำระเป็น แคชเชียร์เช็ค ส่งจ่าย “สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา”			
<b>เอกสารเพิ่มเติมกรณีมอบอำนาจให้ผู้ยื่นมายื่นเอกสาร</b>				
<input type="checkbox"/>	1. หนังสือมอบอำนาจให้ผู้ยื่นมายื่นเอกสารเกี่ยวกับใบอนุญาตฯ วัตถุเสพติด หรือแบบมอบอำนาจให้ ผู้ยื่นมายื่นเอกสารเกี่ยวกับใบอนุญาตฯ วัตถุเสพติด			
<input type="checkbox"/>	2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ (กรณีไม่ได้มาด้วยตนเอง)			

ข้าพเจ้าขอให้สัญญาว่า

- 1) จะปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขต่าง ๆ ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด
- 2) ยินยอมให้หน่วยรับรองระบบงานหรือองค์กร ที่เกี่ยวข้องกับการรับรองดำเนินการสังเกตการณ์การตรวจ  
ประเมินของคณะผู้ตรวจประเมินของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ณ สถานประกอบการของ  
ข้าพเจ้าตามที่ได้รับร้องขอ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลต่าง ๆ ที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ และได้รับเอกสารหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับ  
การรับรองไว้เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้ขอรับใบอนุญาต / ผู้รับมอบอำนาจให้ยื่นเอกสาร  
(.....)

**ผลการตรวจรับ**

<p><b>ครั้งที่ 1</b></p> <p><input type="checkbox"/> เอกสารครบถ้วน/ถูกต้อง รับคำขอและเอกสารไว้เพื่อดำเนินการต่อไป</p> <p><input type="checkbox"/> เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก ..... .....</p> <p><input type="checkbox"/> ให้ยื่นเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมภายในระยะเวลา 5 วันทำการ นับจากวันที่ได้รับเรื่อง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ในการคืนคำขอ</p> <p><input type="checkbox"/> คืนเอกสารคำขอ แล้วให้นำมายื่นใหม่ภายหลังพร้อมแก้ไขให้ถูกต้อง</p> <p>ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ ลงชื่อ..... รับทราบผลการตรวจเอกสาร วันที่...../...../..... (กรณีไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง)</p> <p>ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ..... วันที่...../...../.....</p> <p><input type="checkbox"/> รับเอกสารทางไปรษณีย์ ให้เจ้าหน้าที่แจ้งผู้ยื่นคำขอ โดยกำหนดยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายใน 20 วัน ทำการนับจากวันที่แจ้ง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ในการคืนคำขอ</p> <p>( ) แจ้งทางโทรศัพท์ หมายเลข..... ผู้รับเรื่อง.....</p> <p>( ) แจ้งทางโทรสาร หมายเลข.....</p> <p>( ) แจ้งทางไปรษณีย์</p>	<p><b>ครั้งที่ 2</b></p> <p><input type="checkbox"/> เอกสารครบถ้วน</p> <p><input type="checkbox"/> เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง คืนเอกสารคำขอ ..... .....</p> <p>ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ..... วันที่...../...../.....</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

เลขรับที่ .....

วันที่ .....

(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

ที่ปิดรูปถ่ายของ  
ผู้ขอรับใบอนุญาต  
หรือผู้ดำเนินการ  
ขนาด ๑ นิ้ว

**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.....
- เพื่อการวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์  
โปรดระบุรายละเอียด.....  
ชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่ขอรับอนุญาต.....
- เพื่อประโยชน์ของทางราชการ  
โปรดระบุรายละเอียด.....  
ชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่ขอรับอนุญาต.....

**๒. ข้อมูลผู้ขอรับใบอนุญาต**

ข้าพเจ้า (ชื่อบุคคล/นิติบุคคล) .....

(กรณีเป็นสถานพยาบาลเอกชน : ให้ระบุชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์ และหากเป็นสถานพยาบาลของนิติบุคคลให้ระบุชื่อความเพิ่มว่า เพื่อการดำเนินการของ นิติบุคคลนั้น ดังนี้ “นาย ก. เพื่อการดำเนินการของบริษัท โรงพยาบาล .....จำกัด”)

เลขประจำตัวประชาชน .....

หรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้ คือ.....เลขที่.....(กรณีไม่ใช่ผู้มีสัญชาติไทย)

หรือทะเบียนนิติบุคคล / บัตรประจำตัวผู้เสียภาษี เลขที่ .....

อยู่เลขที่ ..... เลขรหัสประจำบ้าน.....

หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....

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

โทรสาร..... E-mail .....

**๓. ข้อมูลผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการหรือดำเนินกิจการเกี่ยวกับใบอนุญาต**

ชื่อ .....

เลขประจำตัวประชาชน.....

หรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้ คือ.....เลขที่.....(กรณีไม่ใช่ผู้มีสัญชาติไทย)

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

**๔. ข้อมูลสถานที่จำหน่าย**

ณ สถานที่ชื่อ..... เลขรหัสประจำบ้าน.....  
ตั้งอยู่เลขที่ .....  
หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน .....  
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....  
จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....  
โทรสาร..... E-mail .....

**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
- หนังสือมอบหมายให้บุคคลเป็นผู้ดำเนินการกิจการของหน่วยงานผู้ขอรับใบอนุญาต (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)
- กรณีผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม 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
- หนังสือมอบหมายให้บุคคลเป็นผู้ดำเนินกิจการของหน่วยงานผู้ขอรับใบอนุญาต (เช่น สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน หรือหนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาต)
- กรณีการศึกษาวิจัยให้แนบโครงการศึกษาวิจัยซึ่งระบุชื่อ จำนวนหรือปริมาณ และรายละเอียดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ รวมทั้งกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองภายใต้โครงการศึกษาวิจัยดังกล่าว และในกรณีที่เป็นการศึกษาวิจัยในมนุษย์ให้แนบหลักฐานการผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในกรณีที่หน่วยงานผู้ขออนุญาตไม่มีคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม ให้แนบหลักฐานการผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมที่เลขาธิการกำหนด

**๓.๓ เพื่อประโยชน์ของทางราชการ**

**(๑) สำหรับกระทรวง ทบวง กรม องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร สภากาชาดไทย หรือองค์การเภสัชกรรม**

- เอกสารหรือหลักฐานแสดงการเป็นนิติบุคคล และหน้าที่และอำนาจตามกฎหมาย
- หนังสือมอบหมายให้บุคคลเป็นผู้ดำเนินกิจการของหน่วยงานผู้ขอรับใบอนุญาต (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 กรณีใบอนุญาตถูกทำลายหรือลบลบเลื่อนในสาระสำคัญ
- (๓) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม ของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาตขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ รูป ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน ก่อนวันยื่นคำขอ

**ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความและเอกสารหรือหลักฐานทั้งหมดที่ยื่นเพื่อประกอบคำขอรับใบอนุญาตเป็นความจริงทุกประการ**

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ขอรับใบอนุญาต/ผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการ  
(.....)

หมายเหตุ : ๑. ให้ขีดเลือกข้อความในช่อง  ให้ตรงตามที่ประสงค์จะดำเนินการ  
๒. รับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ

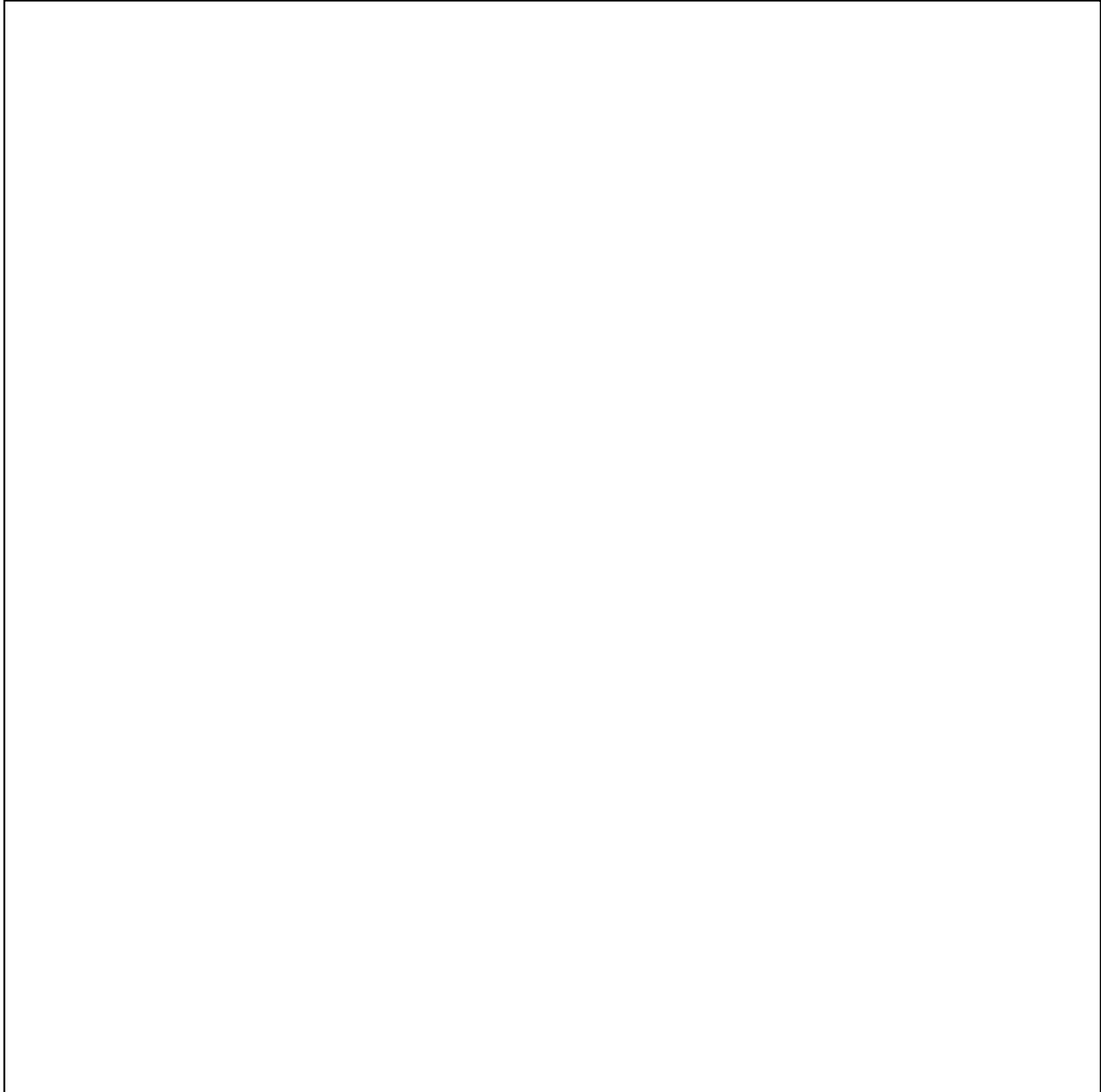
แผนที่ที่ตั้งของ สถานพยาบาลชื่อ ..... เวลาทำการ .....

ตั้งอยู่เลขที่ ..... ตรอก/ซอย ..... อาคาร .....

ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ .....

จังหวัด ..... โทรศัพท์ .....

อยู่ใกล้สถานที่ที่สังเกตได้โดยง่าย คือ .....



รับรองว่าเป็นความจริง

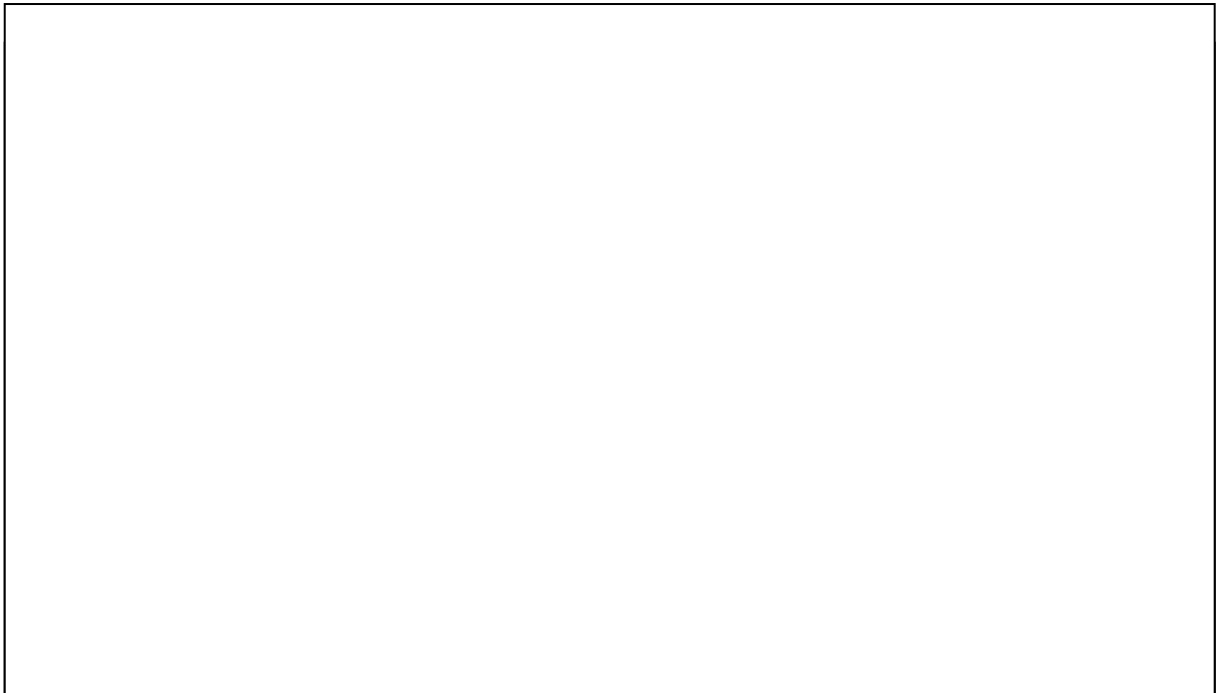
ลงชื่อ .....

(.....)

ผู้ขอรับอนุญาต

วันที่ .....

ชื่อสถานพยาบาล .....



1. ภาพลักษณะของอาคารสถานที่ขออนุญาต



2. ด้านหน้าสถานที่ ( ป้าย , เลขที่ )

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ลงชื่อ .....

(.....)

ผู้ขออนุญาต

วันที่ .....

# หนังสือแสดงว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการของนิติบุคคล (ใบอนุญาตเกี่ยวกับวัตถุเสพติด)

\*\*\*หนังสือ ๑ ฉบับใช้ได้กับใบอนุญาตทุกประเภท และใช้ได้ทั้งวัตถุออกฤทธิ์และยาเสพติด\*\*\*

ใบอนุญาต  ผลิต  ขาย/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  ขาย/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 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)

กรุณากรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน : ถ้าส่งเอกสารทางไปรษณีย์ไม่ต้องใช้หนังสือมอบอำนาจ