



ที่ สฎ ๐๐๓๓.๐๑๔/ว ๒๕๐๘

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
ถนนการุณราชบุรี อำเภอเมืองฯ
จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๘๔๐๐๐

๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๘

เรื่อง แจ้งยื่นขอรับใบอนุญาตฉบับใหม่ก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ

เรียน ผู้รับอนุญาต

สิ่งที่ส่งมาด้วย ขัณฑ์ตอนการขอรับใบอนุญาตเกี่ยวกับวัตถุเสพติดฉบับใหม่ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยกฎกระทรวงการอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ พ.ศ. ๒๕๖๗ มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๗ และกฎกระทรวงการอนุญาตมีไว้ในครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ และวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ประเภท ๓ หรือประเภท ๔ พ.ศ. ๒๕๖๘ มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๘ ตามบทเฉพาะกาล วางหลักให้ใบอนุญาตที่ออกตั้งแต่วันที่ประมวลกฎหมายยาเสพติดใช้บังคับจนถึงวันก่อนวันที่กฎกระทรวงนี้ใช้บังคับให้คงใช้ได้ต่อไปจนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๘

ดังนั้น หากผู้รับอนุญาตที่ประสงค์จะดำเนินการเกี่ยวกับยาเสพติดในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ประเภท ๓ และประเภท ๔ ที่คงเหลือต่อไป ต้องยื่นคำขอรับใบอนุญาตฉบับใหม่ (แล้วแต่ประเภท) ก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ โดยยื่นคำขอผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-Submission) ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ตั้งแต่วันนี้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๘ โดยสอบถามเพิ่มเติมที่ไลน์ไอดี @111swfxd หรือหมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๗๗๒๘ ๓๗๐๓ ในวันและเวลาราชการ

กรณีผู้รับอนุญาตมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ กรุณาติดต่อกองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเพื่อยื่นคำขอรับใบอนุญาตฯ หากมีความประสงค์ครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ คงเหลือต่อไป ซึ่งสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๗๓๔๕ หรือ ๐ ๒๕๕๐ ๗๐๐๐ ต่อ ๗๐๓๑๕

ทั้งนี้ หากท่านไม่ดำเนินการยื่นคำขอรับใบอนุญาตฉบับใหม่ให้แล้วเสร็จก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุจะเข้าข่ายจำหน่ายหรือครอบครองวัตถุเสพติดโดยไม่ได้รับอนุญาตซึ่งเป็นการฝ่าฝืนประมวลกฎหมายยาเสพติด

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายสำเนียง แสงสว่าง)

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ (งานยา) นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
โทรศัพท์ ๐๗๗-๒๗๒๗๘๔ ต่อ ๒๒๒

ขั้นตอนการยื่นคำขอรับใบอนุญาตเกี่ยวกับวัตถุเสพติดฉบับใหม่

ขั้นตอนที่ 1 	การกำหนด Username และ Password เพื่อเข้าใช้งานด้วยระบบรัฐบาลดิจิทัล กรณีเข้าใช้งานครั้งแรกเพื่อสร้างบัญชีผู้ใช้งานผ่าน Open ID หากท่านเคยยืนยันตัวตนทางดิจิทัลผ่านแอปพลิเคชัน Thai ID สามารถข้ามขั้นตอนนี้ได้ หากมีปัญหาโปรดติดต่อ 02-6126000								
ขั้นตอนที่ 2 	ผู้ประกอบการยื่นเอกสารเปิดสิทธิ์เข้าใช้ระบบ e-Submission (Skynet) ของ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) 2.1 กรอกเอกสารแบบเปิดสิทธิ และหนังสือยินยอม PDPA ตาม QR Code 2.2 ทำไฟล์เอกสารเป็น pdf ส่งให้เจ้าหน้าที่ สสจ. ทางไลน์ไอดี : @111swfxd 2.3 เจ้าหน้าที่ สสจ. จะทำการเปิดสิทธิ์เข้าใช้งานให้ และแจ้งผู้ประกอบการกลับทางไลน์								
ขั้นตอนที่ 3 	เข้าสู่ระบบ e-Submission เพื่อยื่นคำขอ ตามขั้นตอน ดังนี้ 3.1 เข้าเว็บไซต์ privus.fda.moph.go.th 3.2 ล็อกอินด้วย Digital ID (ที่ลงทะเบียนไว้ในขั้นตอนที่ 1) หรือ Thai ID 3.3 เลือกเมนู “ผู้ประกอบการ” 3.4 เลือกระบบวัตถุเสพติดใหม่								
ขั้นตอนที่ 4	4.1 เมื่อผู้ประกอบการยื่นคำ และสถานะเป็น “ส่งเรื่องและรอพิจารณา” ขอให้ผู้ประกอบการแจ้งชื่อผู้รับอนุญาต ทางไลน์ไอดี : @111swfxd เพื่อให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการต่อ 4.2 ชำระค่าคำขอและค่าธรรมเนียม เมื่อคำขอเปลี่ยนสถานะเป็น “อนุมัติรอชำระค่าธรรมเนียม” (บทที่ 6 ในคู่มือการยื่นคำขอรับใบอนุญาตสำหรับผู้ประกอบการ)								
ขั้นตอนที่ 5	ส่งใบอนุญาตฉบับจริงให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ** แนะนำให้ส่งแบบ EMS ของไปรษณีย์ไทย เพื่อป้องกันการสูญหาย ** ที่อยู่ : กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ (งานวัตถุเสพติด) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่ 8 ถ.การุณราชบุรี ต.ตลาด อ.เมืองสุราษฎร์ธานี จ.สุราษฎร์ธานี 84000								
ขั้นตอนที่ 6	6.1 ติดต่อรับใบอนุญาต ณ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ (One Stop Service Center) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจังหวัดสุราษฎร์ธานี *** สอบถามสถานะใบอนุญาตก่อนมารับที่ไลน์ไอดี @111swfxd หรือ โทรศัพท์ หมายเลข 077 283703 *** 6.2 หากท่านต้องการให้ส่งใบอนุญาตกลับขอให้ท่านแนบซองเปล่าขนาด A4 จ่าหน้าซองถึงตัวท่านเองพร้อมติดแสตมป์ 65 บาท								
ค่าคำขอและค่าธรรมเนียมใบอนุญาต	<table border="0"> <tr> <td>1. ค่าคำขอรับใบอนุญาต กรณีขอใหม่ ค่าขอละ</td> <td style="text-align: right;">500 บาท</td> </tr> <tr> <td>2. ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ฉบับละ</td> <td style="text-align: right;">2,000 บาท</td> </tr> <tr> <td>3. ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตจำหน่ายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ฉบับละ</td> <td style="text-align: right;">2,000 บาท</td> </tr> <tr> <td>4. ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตมีไว้ในครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ประเภท 3 ประเภท 4 ฉบับละ</td> <td style="text-align: right;">1,000 บาท</td> </tr> </table>	1. ค่าคำขอรับใบอนุญาต กรณีขอใหม่ ค่าขอละ	500 บาท	2. ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ฉบับละ	2,000 บาท	3. ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตจำหน่ายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ฉบับละ	2,000 บาท	4. ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตมีไว้ในครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ประเภท 3 ประเภท 4 ฉบับละ	1,000 บาท
1. ค่าคำขอรับใบอนุญาต กรณีขอใหม่ ค่าขอละ	500 บาท								
2. ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ฉบับละ	2,000 บาท								
3. ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตจำหน่ายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ฉบับละ	2,000 บาท								
4. ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตมีไว้ในครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ประเภท 3 ประเภท 4 ฉบับละ	1,000 บาท								



หนังสือแจ้งความประสงค์ขอใช้งานระบบสารสนเทศเกี่ยวกับวัตถุเสพติด

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
กรณีผู้ดำเนินการขอใช้งานระบบด้วยตนเอง

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเข้าใช้งานระบบสารสนเทศของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในระบบงานวัตถุเสพติด

เรียน ผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติด/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

เลขบัตรประชาชน.....ในฐานะผู้ดำเนินการ

ตามใบอนุญาต.....เลขที่ใบอนุญาต.....

ของสถานประกอบการชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่.....

โทรศัพท์.....ชื่อผู้รับอนุญาต.....

เลขทะเบียนนิติบุคคลหรือเลขบัตรประชาชนของผู้รับอนุญาต.....

มีความประสงค์ขอเข้าใช้งานระบบสารสนเทศระบบงานวัตถุเสพติด ของ อย. ดังนี้

การยื่นคำขอรับใบอนุญาต/การแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตหรือหนังสือรับรอง การยื่นขอต่ออายุ การยื่นขอ ใบแทน
และการขอรับใบอนุญาตและการขอรับใบอนุญาต

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 1 | ☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 | ☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 |
| ☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 | ☐ ยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 | ☐ ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 |
| ☐ ยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 | ☐ ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 | ☐ กัญชง |
| ☐ กัญชา | ☐ กาเฟอีน | ☐ โฆษณา |

การบันทึกข้อมูลรายงานประจำเดือน/ปี และรายงานรับจ่ายเกี่ยวกับวัตถุเสพติด

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ รายงานวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 1 | ☐ รายงานวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 | ☐ รายงานวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 |
| ☐ รายงานวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 | ☐ รายงานยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 | ☐ รายงานยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 |
| ☐ รายงานยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 | ☐ รายงานยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 | ☐ รายงานกาเฟอีน |
| ☐ รายงานกัญชง | ☐ รายงานกัญชา | ☐ รายงานสถานพยาบาล |
| ☐ รายงานผู้ผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย ครอบครอง | | |

ทั้งนี้ข้าพเจ้ารับทราบ และยินดีปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการเข้าใช้สารสนเทศ ของ
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในระบบงานวัตถุเสพติด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ.....ผู้ขอใช้งานระบบ/ผู้ดำเนินการ
(.....)



หนังสือแจ้งความประสงค์ขอใช้งานระบบสารสนเทศเกี่ยวกับวัตถุเสพติด

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

กรณีผู้รับมอบอำนาจขอใช้งานระบบ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเข้าใช้งานระบบสารสนเทศของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในระบบงานวัตถุเสพติด

เรียน ผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติด/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

เลขบัตรประชาชน..... ในฐานะผู้ดำเนินการ

ตามใบอนุญาต..... เลขที่ใบอนุญาต.....

ของสถานประกอบการชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่.....

โทรศัพท์..... ชื่อผู้รับอนุญาต.....

เลขทะเบียนนิติบุคคลหรือเลขบัตรประชาชนของผู้รับอนุญาต.....

มีความประสงค์และยินยอมให้ (นาย/นาง/นางสาว).....

เลขบัตรประชาชน..... เป็นผู้รับมอบอำนาจ มีอำนาจในการกระทำการแทน

ข้าพเจ้าในการเข้าใช้งานระบบสารสนเทศของ อย. ในระบบงานวัตถุเสพติด ของ อย. ดังนี้

การยื่นคำขอรับใบอนุญาต/การแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตหรือหนังสือรับรอง การยื่นขอต่ออายุ การยื่นขอ ใบ

แทนและการขอรับใบอนุญาตและการขอรับใบอนุญาต

☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 1

☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2

☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3

☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4

☐ ยาเสพติดให้โทษในประเภท 1

☐ ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2

☐ ยาเสพติดให้โทษในประเภท 4

☐ ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5

☐ กัญชา

☐ กัญชา

☐ กาเฟอีน

☐ โষะณา

การบันทึกข้อมูลรายงานประจำเดือน/ปี และรายงานรับจ่ายเกี่ยวกับวัตถุเสพติด

☐ รายงานวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 1

☐ รายงานวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2

☐ รายงานวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3

☐ รายงานวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4

☐ รายงานยาเสพติดให้โทษในประเภท 1

☐ รายงานยาเสพติดให้โทษในประเภท 2

☐ รายงานยาเสพติดให้โทษในประเภท 4

☐ รายงานยาเสพติดให้โทษในประเภท 5

☐ รายงานกาเฟอีน

☐ รายงานกัญชา

☐ รายงานกัญชา

☐ รายงานสถานพยาบาล

☐ รายงานผู้ผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย ครอบครอง

โดยมีอำนาจในการกระทำการแทนข้าพเจ้าได้ตั้งแต่วันที่.....จนถึง.....ทั้งนี้มิมีระยะไม่เกิน 1 ปี การใดที่

(นาย/นาง/นางสาว).....ได้กระทำลงไป ภายใต้เงื่อนไขของหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้ ให้ถือเสมือน

หนึ่งว่าข้าพเจ้าได้กระทำการนั้น ด้วยตัวของข้าพเจ้าเองทุกประการ และข้าพเจ้าขอรับผิดชอบทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ติดอากรแสตมป์
30 บาท ประทับตรา
บริษัท (ถ้ามี)

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ/ผู้ดำเนินการ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ตัวอย่าง



ที่

หน่วยงาน

ที่อยู่.....

.....

วันที่

เรื่อง การมอบอำนาจการใช้ ระบบสารสนเทศ อย. ผลิตภัณฑ์ วัตถุเสพติด

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ด้วยหน่วยงาน..... มีความประสงค์ขอใช้งานระบบ
สารสนเทศผลิตภัณฑ์วัตถุเสพติด ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยยินยอมให้

1. (ชื่อ สกุล ยศ ตำแหน่ง และระบุเลขบัตรประชาชน).....

2. (ชื่อ สกุล ยศ ตำแหน่ง และระบุเลขบัตรประชาชน).....

เป็นผู้รับมอบอำนาจจากหน่วยงาน ให้สามารถเข้าใช้งานในระบบเพื่อดำเนินการ(ระบุ
ประเภทใบอนุญาตที่มอบให้ดำเนินการ และเลขที่ใบอนุญาต) ในนามหน่วยงานฯ ตั้งแต่วันที่..... จนถึงวันที่

ทั้งนี้ข้าพเจ้ารับทราบและยินดีปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการเข้าใช้ระบบสารสนเทศ
ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และได้แนบเอกสารประกอบครบถ้วนแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

หมายเหตุ ขอให้แนบหลักฐานประกอบการพิจารณาดังนี้

1. สำเนาบัตรประชาชน/บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ/หนังสือเดินทางและใบอนุญาตทำงาน (แล้วแต่กรณี)
ของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจแต่ละท่าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ที่ยังไม่หมดอายุ ณ วันที่ยื่น
เอกสาร

*** กรณีผู้ยื่นขอใช้งานระบบ/ผู้มอบอำนาจ นำหลักฐานฉบับจริงมาแสดงให้เจ้าหน้าที่เพื่อประกอบการ
พิจารณา ผู้ยื่นฯ ไม่ต้องแนบสำเนาหลักฐานดังกล่าว เนื่องจากเจ้าหน้าที่จะเป็นผู้สำเนาเอกสารและลงนาม
รับรองความถูกต้องของเอกสารนั่นเอง ***

หนังสือให้ความยินยอมเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล
สำหรับกระบวนการยื่นคำขออนุญาตตามพระราชบัญญัติ...ให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564...

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ) ซึ่งต่อไปในหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้
โดย(กรณีเป็นนิติบุคคล)..... เรียกว่า “เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล” ตกลงยินยอมให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เก็บรวบรวม ใช้ หรือ เปิดเผย
ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าที่มีอยู่กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาหรือสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัด..... สมุทรปราการ ซึ่งต่อไปในหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้เรียกว่า “ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล”
ภายใต้เงื่อนไข ดังต่อไปนี้

๑. วัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อประโยชน์ต่อกระบวนการ
พิจารณาและตรวจสอบคำขออนุญาต ในการตรวจสอบและยืนยันตัวบุคคล เช่น ข้อมูลทะเบียนประวัติราษฎรจากฐานข้อมูล
ทะเบียนกลางกระทรวงมหาดไทย ข้อมูลทะเบียนนิติบุคคลหรือข้อมูลการประกอบธุรกิจของคนต่างด้าวจากฐานข้อมูล
ทะเบียนกลางจากกระทรวงพาณิชย์ ข้อมูลทะเบียนคนต่างด้าวจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ หรือจากฐานข้อมูลใบอนุญาต
ทำงาน กระทรวงแรงงาน ด้วยระบบคอมพิวเตอร์

ทั้งนี้ “ข้อมูลส่วนบุคคล” หมายความว่า ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลซึ่งทำให้สามารถระบุตัวบุคคลนั้นได้ไม่ว่า
ทางตรงหรือทางอ้อม อาทิเช่น ชื่อ นามสกุล เพศ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ วัน เดือน ปี เกิด รูปถ่าย

“ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอำนาจหน้าที่ตัดสินใจเกี่ยวกับการเก็บ
รวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

“ผู้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล” หมายความว่า บุคคลซึ่งดำเนินการเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ หรือ
เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลตามคำสั่งหรือในนามของผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล ทั้งนี้ บุคคลซึ่งดำเนินการดังกล่าวไม่เป็น
ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล

๒. เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลต้องให้ข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย หากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล
ไม่แจ้งข้อมูลส่วนบุคคลตามข้อ ๑. ผู้อนุญาตตามพระราชบัญญัติ...ให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564
จะไม่สามารถพิจารณาคำขออนุญาตได้

๓. ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลนั้น จะจัดเก็บไว้ตลอดอายุของใบอนุญาตตาม
พระราชบัญญัติ...ให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564..... และอีกไม่เกิน ...10... ปีนับตั้งแต่ใบอนุญาตสิ้นอายุ
ผู้รับอนุญาตแจ้งเลิกกิจการ หรือผู้อนุญาตมีคำสั่งเพิกถอนใบอนุญาต

๔. ข้อมูลส่วนบุคคลจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ การเปิดเผยข้อมูลจะกระทำเพื่อวัตถุประสงค์ตามข้อ ๑
ข้างต้น หรือตามหมายเรียก คำสั่งของศาลหรือคำสั่งของเจ้าพนักงานหรือพนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจตามกฎหมายเท่านั้น

๕. เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลมีสิทธิดังต่อไปนี้

๕.๑ ถอนความยินยอมเสียเมื่อใดก็ได้โดยจะต้องถอนความยินยอมได้ง่ายเช่นเดียวกับการให้ความ
ยินยอม เว้นแต่มีข้อจำกัดสิทธิในการถอนความยินยอมโดยกฎหมาย ทั้งนี้ การถอนความยินยอม
ย่อมไม่ส่งผลกระทบต่อการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่เจ้าของข้อมูล
ส่วนบุคคลได้ให้ความยินยอมไปแล้วโดยชอบตามที่กำหนดไว้

๕.๒ ขอให้เปิดเผยการได้มาซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวที่ตนไม่ได้ให้ความยินยอมได้

๕.๓ ขอรับข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับตนจากผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลได้ ในกรณีที่ผู้ควบคุมข้อมูล
ส่วนบุคคลได้ทำให้ข้อมูลส่วนบุคคลนั้นอยู่ในรูปแบบที่สามารถอ่านหรือใช้งานโดยทั่วไปได้ด้วย

เครื่องมือ...

เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ทำงานได้โดยอัตโนมัติและสามารถใช้หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลได้ด้วย
วิธีการอัตโนมัติ

๕.๔. คัดค้านการเก็บรวบรวม ใช้หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับตนที่กฎหมายอนุญาตให้เก็บได้
โดยไม่ต้องขอความยินยอมจากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลเมื่อใดก็ได้ เว้นแต่เป็นกรณีที่ได้รับการ
ยกเว้นตามกฎหมาย

๕.๕ ขอให้ทำลายหรือทำให้ไม่สามารถระบุตัวบุคคลที่เป็นเจ้าของข้อมูลได้ตามมาตรา ๓๓ วรรคหนึ่ง
แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒

๕.๖ ขอให้ดำเนินการระงับการใช้ข้อมูลส่วนบุคคลได้ในกรณีตามที่กฎหมายกำหนด

๕.๗ แจ้งให้ดำเนินการแก้ไข เพิ่มเติม เปลี่ยนแปลง ให้ข้อมูลส่วนบุคคลนั้นถูกต้องเป็นปัจจุบัน สมบูรณ์
ไม่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิดได้

๕.๘ มีสิทธิร้องเรียนในกรณีที่ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลหรือผู้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของหน่วยงาน
ฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

๖. เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลสามารถติดต่อ ได้ที่

๖.๑ กอง/กลุ่ม.....กองควบคุมวัตถุเสพติด.....สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

เลขที่ ๘๘/๒๔ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอ เมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

โทรศัพท์ : ๐ ๒๕๕๐ ๗๐๐๐ โทรสาร : ๐ ๒๕๕๐ ๗๑๑๖ อีเมล : contact@fda.moph.go.th

๖.๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด....สุราษฎร์ธานี.....

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อกำหนดและเงื่อนไขในการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งระบุไว้ด้านบนของ
หนังสือให้ความยินยอมนี้อย่างชัดเจนแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

แบบ จ.ย.ส. ๒-๑/ ว.จ. ๒-๑	คำขอรับใบอนุญาต คำขอต่ออายุใบอนุญาต คำขอรับใบแทนใบอนุญาต จำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒	(สำหรับเจ้าหน้าที่) ☐ สถานที่จำหน่ายตั้งอยู่ใน กทม. ยื่นที่ อย. ☐ สถานที่จำหน่ายตั้งอยู่ในต่างจังหวัด ยื่นที่ สสจ. เลขรับที่..... วันที่รับ..... ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ
--	---	---

โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงใน ☐ ของข้อที่เลือกและกรอกข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน

☐ ขอรับใบอนุญาต (กรณีรายใหม่)

☐ ขอต่ออายุ ใบอนุญาตเลขที่

☐ ขอรับใบแทน ใบอนุญาตเลขที่..... เนื่องจากใบอนุญาต ☐ สูญหาย ☐ ถูกทำลาย

หรือเสียหายในสาระสำคัญ

หมายเหตุ : ๑. กรณีขอต่ออายุใบอนุญาตหรือขอรับใบแทนใบอนุญาต ไม่ต้องกรอกข้อมูลในส่วนที่ ๑ และส่วนที่ ๒

๒. กรณีมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลง ให้ยื่นคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงก่อนการยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต

๓. คำขอ ๑ ฉบับ ให้ยื่นขอได้เพียงหนึ่งวัตถุประสงค์ต่อหนึ่งประเภทเท่านั้น

ประเภทของยาเสพติด/วัตถุออกฤทธิ์

☐ ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

วัตถุประสงค์ในการขออนุญาต

☐ การรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์

☐ การเป็นหน่วยกระจายยา (เฉพาะกรณีหน่วยงานของรัฐที่มีฐานะเป็นนิติบุคคลซึ่งมีหน้าที่บำบัดรักษาหรือป้องกันโรค หรือสภาวิชาชีพเท่านั้น)

☐ การวิเคราะห์

☐ การศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์

▪ ชื่อโครงการวิจัย.....

☐ การป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด (เฉพาะกรณีหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ในการป้องกัน ปราบปราม หรือแก้ไขปัญหายาเสพติดเท่านั้น)

ผู้ขออนุญาตเป็น (เลือกได้หนึ่งกลุ่มผู้ขออนุญาต)

☐ หน่วยงานของรัฐที่มีฐานะเป็นนิติบุคคลซึ่งมีหน้าที่บำบัดรักษาหรือป้องกันโรค

☐ หน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ในการป้องกัน ปราบปราม หรือแก้ไขปัญหายาเสพติด

☐ สภาวิชาชีพ

☐ ผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

☐ ผู้ได้รับใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์

☐ ผู้มีหน้าที่หรือดำเนินการเพื่อวัตถุประสงค์ในการตรวจวิเคราะห์ หรือการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลผู้ขออนุญาตและผู้ดำเนินการในใบอนุญาต**๑.๑ ข้อมูลผู้ขออนุญาต**

ชื่อผู้ขออนุญาต (ชื่อบุคคลธรรมดา/ชื่อนิติบุคคล).....
 เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ หรือ หนังสือเดินทางเลขที่.....
 หรือ เลขทะเบียนนิติบุคคล □-□□□□-□□□□□-□□-□
 เลขรหัสประจำบ้านตามทะเบียนบ้าน □□□□-□□□□□□-□ (ตามทะเบียนราษฎรกระทรวงมหาดไทย)
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
 ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ □□□□□ โทรศัพท์.....
 โทรสาร (ถ้ามี)..... อีเมล (ถ้ามี).....

๑.๒ ข้อมูลผู้ดำเนินการในใบอนุญาต

นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล..... อายุ.....ปี สัญชาติ.....
 เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ หรือหนังสือเดินทางเลขที่.....
 เลขรหัสประจำบ้านตามทะเบียนบ้าน □□□□-□□□□□□-□ (ตามทะเบียนราษฎรกระทรวงมหาดไทย)
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
 ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ □□□□□ โทรศัพท์.....
 โทรสาร (ถ้ามี)..... อีเมล (ถ้ามี).....

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลการขออนุญาตจำหน่าย**๒.๑ สถานที่ที่ขออนุญาตจำหน่าย**

ชื่อสถานที่/สถานพยาบาล.....
 ประเภทสถานพยาบาล.....
 (โปรดระบุประเภทของสถานพยาบาล กรณีการรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์)
 เลขรหัสประจำบ้านตามทะเบียนบ้าน □□□□-□□□□□□-□ (ตามทะเบียนราษฎรกระทรวงมหาดไทย)
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์ □□□□□ โทรศัพท์..... โทรสาร (ถ้ามี).....

๒.๒ กรณีเป็นหน่วยกระจายยา โปรดระบุสถานพยาบาลในเครือข่าย

๑. ชื่อสถานพยาบาล.....ใบอนุญาตจำหน่ายเลขที่.....
 ๒. ชื่อสถานพยาบาล.....ใบอนุญาตจำหน่ายเลขที่.....
 ๓. ชื่อสถานพยาบาล.....ใบอนุญาตจำหน่ายเลขที่.....
 ๔. ชื่อสถานพยาบาล.....ใบอนุญาตจำหน่ายเลขที่.....
 ๕. ชื่อสถานพยาบาล.....ใบอนุญาตจำหน่ายเลขที่.....
 หมายเหตุ : กรณีมีสถานพยาบาลในเครือข่ายมากกว่า ๕ สถานพยาบาลให้แจ้งรายละเอียดเป็นเอกสารแนบเพิ่มเติม

ส่วนที่ ๓ สถานที่สำหรับติดต่อจัดส่งเอกสาร (กรุณาเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง)

- ☐ ตามที่อยู่ของผู้ขอรับอนุญาต (ข้อ ๑.๑)
☐ ตามที่อยู่ของสถานที่ขอรับอนุญาต (ข้อ ๒.๑)

ส่วนที่ ๔ เอกสารหลักฐานสำหรับผู้ขออนุญาตในแต่ละวัตถุประสงค์

เอกสารหรือหลักฐานประกอบการขอรับใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ (โปรดแนบเอกสารหรือหลักฐานในส่วนที่เกี่ยวข้อง และให้ผู้ดำเนินการในใบอนุญาตรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ เว้นแต่การส่งทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้ส่งไม่ต้องลงนามรับรอง)

๑. การรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์

๑.๑ กรณีเป็นหน่วยงานของรัฐหรือสภาวิชาชีพ

☐	ข้อมูล เอกสาร หรือหลักฐานที่แสดงการเป็นนิติบุคคล หน้าที่ และอำนาจตามกฎหมาย
☐	หนังสือแสดงว่าผู้ยื่นขออนุญาตเป็นผู้แทนของนิติบุคคลหรือผู้มีอำนาจทำการแทนนิติบุคคล เช่น หนังสือมอบหมาย หรือแต่งตั้งให้ผู้แทนของหน่วยงานผู้ขออนุญาต
☐	หนังสือมอบอำนาจให้ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาตแทน)
☐	แผนที่และแผนผังแสดงที่ตั้งสถานที่ที่ขออนุญาตจำหน่าย

๑.๒ กรณีเป็นผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือผู้ได้รับอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์

☐	ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. ๗) หรือใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์ (สส. ๓)
☐	ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ. ๑๙) หรือใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ (สส. ๔)
☐	ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่งของผู้ดำเนินการตามใบอนุญาตในสถานพยาบาล
☐	หนังสือมอบอำนาจให้ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต (กรณีมอบอำนาจให้ผู้ประกอบวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาตจำหน่าย)
☐	แผนที่และแผนผังแสดงที่ตั้งสถานที่ที่ขออนุญาตจำหน่าย
☐	รูปถ่ายสถานพยาบาลจำนวน ๒ รูป (๑. แสดงลักษณะอาคาร ๒. ป้ายและเลขที่ของสถานที่ตั้ง)

๒. การเป็นหน่วยกระจายยา

☐	หนังสือยินยอมให้เป็นหน่วยกระจายยา จากหัวหน้าส่วนราชการของหน่วยงานของรัฐที่ยื่นขออนุญาต หรือจากเลขาธิการสภาวิชาชีพในกรณียื่นขออนุญาตเป็นหน่วยงานในสังกัดสภาวิชาชีพ
☐	ข้อมูล เอกสาร หรือหลักฐานที่แสดงการเป็นนิติบุคคล หน้าที่ และอำนาจตามกฎหมาย
☐	หนังสือแสดงว่าผู้ยื่นขออนุญาตเป็นผู้แทนของนิติบุคคลหรือผู้มีอำนาจทำการแทนนิติบุคคล เช่น หนังสือมอบหมาย หรือแต่งตั้งให้ผู้แทนของหน่วยงานผู้ขออนุญาต
☐	หนังสือมอบอำนาจให้ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาตแทน)
☐	แผนที่และแผนผังแสดงที่ตั้งสถานที่ที่ขออนุญาตจำหน่าย

๓. การวิเคราะห์

☐	เอกสารหรือหลักฐานแสดงการมีหน้าที่หรือวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการวิเคราะห์
☐	หนังสือแสดงว่าผู้ยื่นขออนุญาตเป็นผู้แทนของนิติบุคคลหรือผู้มีอำนาจทำการแทนนิติบุคคล เช่น หนังสือมอบหมาย หรือแต่งตั้งให้ผู้แทนของหน่วยงานผู้ขออนุญาต (กรณีผู้ขออนุญาตเป็นหน่วยงานของรัฐ หรือสภาวิชาชีพ)
☐	หนังสือมอบอำนาจให้ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาตแทน)
☐	แผนที่และแผนผังแสดงที่ตั้งสถานที่ที่ขออนุญาตจำหน่าย

ส่วนที่ ๔ เอกสารหลักฐานสำหรับผู้ขออนุญาตในแต่ละวัตถุประสงค์ (ต่อ)

เอกสารหรือหลักฐานประกอบการขอรับใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ (โปรดแนบเอกสารหรือหลักฐานในส่วนที่เกี่ยวข้อง และให้ผู้ดำเนินการในใบอนุญาตรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ เว้นแต่การส่งทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้ส่งไม่ต้องลงนามรับรอง)

๔. การศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์

☐	โครงการศึกษาวิจัยซึ่งระบุชื่อ จำนวนหรือปริมาณ และรายละเอียดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ตลอดจนกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการจำหน่ายภายใต้โครงการศึกษาวิจัยดังกล่าว
☐	เอกสารหรือหลักฐานที่แสดงว่าได้รับความเห็นชอบของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมที่เลขาธิการ อย. ประกาศกำหนด (กรณีขอจำหน่ายเพื่อการศึกษาวิจัยในมนุษย์)
☐	เอกสารหรือหลักฐานที่แสดงว่าได้รับการอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยสัตว์เพื่องานทางวิทยาศาสตร์ (กรณีขอจำหน่ายเพื่อการศึกษาวิจัยที่ดำเนินการต่อสัตว์เพื่องานทางวิทยาศาสตร์)
☐	หนังสือแสดงว่าผู้ยื่นขออนุญาตเป็นผู้แทนของนิติบุคคลหรือผู้มีอำนาจทำการแทนนิติบุคคล เช่น หนังสือมอบหมาย หรือแต่งตั้งให้ผู้แทนของหน่วยงานผู้ขออนุญาต (กรณีผู้ขอรับอนุญาตเป็นหน่วยงานของรัฐ หรือสภากาชาดไทย)
☐	หนังสือมอบอำนาจให้ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาตแทน)
☐	แผนที่และแผนผังแสดงที่ตั้งสถานที่ที่ขออนุญาตจำหน่าย

๕. การป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด

☐	ข้อมูล เอกสาร หรือหลักฐานที่แสดงการเป็นนิติบุคคล หน้าที่ และอำนาจตามกฎหมาย
☐	หนังสือแสดงว่าผู้ยื่นขออนุญาตเป็นผู้แทนของนิติบุคคลหรือผู้มีอำนาจทำการแทนนิติบุคคล เช่น หนังสือมอบหมาย หรือแต่งตั้งให้ผู้แทนของหน่วยงานผู้ขออนุญาต
☐	หนังสือมอบอำนาจให้ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาตแทน)
☐	แผนที่และแผนผังแสดงที่ตั้งสถานที่ที่ขออนุญาตจำหน่าย

ส่วนที่ ๕ การรับรองตนเองและการยินยอมเปิดเผยข้อมูลของผู้ขออนุญาตหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการ

ข้าพเจ้าผู้ขออนุญาต/ผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการ ยินยอมให้เก็บ รวบรวม และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อประโยชน์ในทางราชการ และขอให้คำรับรองว่า

(๑) มีคุณลักษณะและไม่มีลักษณะต้องห้าม ในการเป็นผู้ขออนุญาตตามที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงการอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ พ.ศ. ๒๕๖๗

(๒) ข้าพเจ้าจะไม่ทำผิดวัตถุประสงค์ที่ได้รับอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

(๓) ข้าพเจ้าจะไม่เปลี่ยนแปลงข้อมูลการจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ไปจากที่ได้รับอนุญาตไว้ หากมีความประสงค์ที่จะเปลี่ยนแปลงข้อมูลดังกล่าว ข้าพเจ้ารับทราบว่าจะต้องดำเนินการยื่นคำขอรับอนุญาตตามกระบวนการที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงฯ

(๔) ข้อความข้างต้นที่แจ้งไว้ในคำขอนี้พร้อมทั้งหลักฐานและเอกสารประกอบการขอรับใบอนุญาตทุกฉบับเป็นความจริง ถูกต้องและครบถ้วน สมบูรณ์ทุกประการ หากภายหลังปรากฏว่าข้อมูลในคำขอนี้พร้อมทั้งเอกสารหลักฐานประกอบคำขอไม่ตรงกับความเป็นจริง ข้าพเจ้าถือเป็นความรับผิดชอบของข้าพเจ้าเองทั้งสิ้น

(๕) ข้าพเจ้าได้รับทราบ เข้าใจ และพร้อมที่จะปฏิบัติตามกฎกระทรวงการอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ พ.ศ. ๒๕๖๗ พร้อมทั้งแนวทางและหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดกำหนดทุกประการ



ลงชื่อ..... ผู้ขออนุญาต

(.....)

วันที่.....

แบบ คค. ๑-๑	คำขอรับใบอนุญาต คำขอต่ออายุใบอนุญาต คำขอรับใบแทนใบอนุญาตมีไว้ในครอบครอง ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ และวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ประเภท ๓ หรือประเภท ๔	ใบรับคำขอ (สำหรับเจ้าหน้าที่) เลขรับที่..... วันที่รับ..... ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ
--------------------	--	---

โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงใน ☐ ของข้อที่เลือกและกรอกข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน

☐ ขอรับใบอนุญาต (กรณีรายใหม่)

☐ ขอต่ออายุใบอนุญาตเลขที่.....

☐ ขอรับใบแทนใบอนุญาตเลขที่..... เนื่องจากใบอนุญาต ☐ สูญหาย ☐ ถูกทำลายหรือเสียหายในสาระสำคัญ

หมายเหตุ : ๑. กรณีขอต่ออายุใบอนุญาตหรือขอรับใบแทนใบอนุญาต ไม่ต้องกรอกข้อมูลในส่วนที่ ๑ และส่วนที่ ๒

๒. กรณีมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลง ให้ยื่นคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงก่อนการยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต

๓. คำขอ ๑ ฉบับ ให้ยื่นขอได้เพียงหนึ่งประเภทและหนึ่งวัตถุประสงค์เท่านั้น

ประเภทของยาเสพติด/วัตถุออกฤทธิ์

☐ ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓

☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๔

วัตถุประสงค์ในการขออนุญาต

☐ เพื่อการผลิตยาเสพติดให้โทษในประเภท ๓ (เฉพาะกรณีขอมิไว้ในครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒)

โดยเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ผลิตยาเสพติดให้โทษในประเภท ๓ ใบอนุญาตเลขที่.....

☐ เพื่อการป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด

(เฉพาะกรณีขอมิไว้ในครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒)

☐ เพื่อการวิเคราะห์หรือศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์

- ชื่อโครงการวิจัย.....

- ระยะเวลาดำเนินการ วันที่.....สิ้นสุดวันที่.....

☐ เพื่อใช้ประจำในเรือหรือเครื่องบินที่ใช้ในการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศที่จดทะเบียนในราชอาณาจักร
สำหรับการปฐมพยาบาลหรือกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน

☐ เพื่อการบำบัดรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์

(เฉพาะกรณีขอมิไว้ในครอบครองวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔)

☐ เพื่อประโยชน์ทางอุตสาหกรรม (เฉพาะกรณีขอมิไว้ในครอบครองวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลผู้ขออนุญาตและผู้ดำเนินการในใบอนุญาต

๑.๑ ข้อมูลผู้ขออนุญาต

ชื่อผู้ขออนุญาต (ชื่อบุคคลธรรมดา/ชื่อนิติบุคคล).....

เลขประจำตัวประชาชน --- หรือ หนังสือเดินทางเลขที่.....

หรือ เลขทะเบียนนิติบุคคล ---

เลขรหัสประจำบ้านตามทะเบียนบ้าน - (ตามทะเบียนราษฎรกระทรวงมหาดไทย)

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่ที่..... ต.รอก/ซอย.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์..... โทรสาร (ถ้ามี).....

อีเมล (ถ้ามี).....

๑.๒ ข้อมูลผู้ดำเนินการในใบอนุญาต*

นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล..... อายุ.....ปี สัญชาติ.....
เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□ หรือหนังสือเดินทางเลขที่.....
เลขรหัสประจำบ้านตามทะเบียนบ้าน □□□□-□□□□□□-□ (ตามทะเบียนราษฎรกระทรวงมหาดไทย)
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ □□□□□ โทรศัพท์..... โทรสาร (ถ้ามี).....
อีเมล (ถ้ามี).....

* กรณีขออนุญาตเพื่อการบำบัดรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์ ผู้ดำเนินการในใบอนุญาตต้องเป็น
ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทันตกรรม หรือสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลการขออนุญาตมีไว้ในครอบครอง

๒.๑ ข้อมูลยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์ที่ขออนุญาต

ชื่อยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์
(ไม่ต้องระบุ กรณีเพื่อป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด
หรือเพื่อการบำบัดรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์)

๒.๒ ข้อมูลสถานที่มีไว้ในครอบครอง

ชื่อสถานที่.....
เลขรหัสประจำบ้านตามทะเบียนบ้าน □□□□-□□□□□□-□ (ตามทะเบียนราษฎรกระทรวงมหาดไทย)
ตั้งอยู่ เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ □□□□□ โทรศัพท์..... โทรสาร (ถ้ามี).....

ส่วนที่ ๓ สถานที่สำหรับติดต่อจัดส่งเอกสาร (กรุณาเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง)

- ☐ ตามที่อยู่ของผู้ขอรับอนุญาต (ข้อ ๑.๑)
☐ ตามที่อยู่ของสถานที่ขอรับอนุญาต (ข้อ ๒.๒)

ส่วนที่ ๔ เอกสารหลักฐาน

เอกสารหรือหลักฐานประกอบการขอรับใบอนุญาตมีไว้ในครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ และวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒
ประเภท ๓ หรือประเภท ๔

(โปรดแนบเอกสารหรือหลักฐานในส่วนที่เกี่ยวข้อง และให้ผู้ดำเนินการในใบอนุญาตรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ
เว้นแต่การส่งทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้ส่งไม่ต้องลงนามรับรอง)

๑. เพื่อการผลิตยาเสพติดให้โทษในประเภท ๓

(เฉพาะกรณีขอมิไว้ในครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒)

- ☐ เอกสารหรือหลักฐานแสดงการเป็นนิติบุคคล หน้าที่ และอำนาจตามกฎหมาย (กรณีผู้ขอรับอนุญาตเป็นกระทรวง ทบวง กรม
สภาวิชาชีพ หรือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น)
- ☐ หนังสือแสดงว่าผู้ยื่นขออนุญาตเป็นผู้แทนของนิติบุคคลหรือผู้มีอำนาจทำการแทนนิติบุคคล เช่น หนังสือมอบหมายหรือแต่งตั้ง
ให้เป็นผู้แทนของหน่วยงานผู้ขออนุญาต
- ☐ หนังสือมอบอำนาจให้ผู้ดำเนินการที่จะระบุไว้ในใบอนุญาต (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาตแทน)
- ☐ แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานที่ที่ขออนุญาต
- ☐ แผนผังแสดงที่เก็บยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

๒. เพื่อป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด

(เฉพาะกรณีขอมิไว้ในครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒)

- ☐ เอกสารหรือหลักฐานแสดงการเป็นนิติบุคคล หน้าที่ และอำนาจตามกฎหมาย
- ☐ เอกสาร ซึ่งระบุชื่อ จำนวน หรือปริมาณ และรายละเอียดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ และวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒
ที่ขออนุญาต
- ☐ หนังสือแสดงว่าผู้ยื่นขออนุญาตเป็นผู้แทนของนิติบุคคลหรือผู้มีอำนาจทำการแทนนิติบุคคล เช่น หนังสือมอบหมายหรือแต่งตั้งให้
เป็นผู้แทนของหน่วยงานผู้ขออนุญาต
- ☐ หนังสือมอบอำนาจให้ผู้ดำเนินการที่จะระบุไว้ในใบอนุญาต (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาตแทน)

๓. เพื่อการวิเคราะห์ หรือศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์	
☐	หนังสือแสดงว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งจากหน่วยงานของผู้ขออนุญาต (กรณีผู้ขออนุญาตเป็นหน่วยงานของรัฐหรือสภาวิชาชีพ)
☐	หนังสือมอบอำนาจให้ผู้ดำเนินการที่จะระบุไว้ในใบอนุญาต (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาตแทน)
☐	เอกสารหรือหลักฐานแสดงการมีหน้าที่หรือวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการวิเคราะห์ (กรณีเพื่อการวิเคราะห์)
☐	โครงการศึกษาวิจัย ซึ่งระบุชื่อ จำนวน หรือปริมาณ และรายละเอียดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์ รวมทั้งกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการมีไว้ในครอบครองภายใต้โครงการศึกษาวิจัยดังกล่าว (กรณีเพื่อการศึกษาวิจัย)
☐	เอกสารหรือหลักฐานที่แสดงว่าได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมที่เลขาธิการ ออ. ประกาศกำหนด (กรณีเป็นการศึกษาวิจัยในมนุษย์)
☐	เอกสารหรือหลักฐานที่แสดงว่าได้รับการอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยสัตว์เพื่องานทางวิทยาศาสตร์ (กรณีเป็นการศึกษาวิจัยในสัตว์เพื่องานทางวิทยาศาสตร์)
☐	เอกสารแสดงรายละเอียดการนำยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์ไปใช้เป็นตัวอย่างเพื่อการศึกษา ซึ่งต้องระบุชื่อ จำนวน หรือปริมาณ และรายละเอียดอื่นที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์ดังกล่าว (กรณีเพื่อการศึกษา)
☐	แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานที่ที่ขออนุญาต
☐	แผนผังแสดงที่เก็บยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ประเภท ๓ หรือประเภท ๔ แล้วแต่กรณี
๔. เพื่อใช้ประจำในเรือหรือเครื่องบิน ที่ใช้ในการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศ สำหรับการปฐมพยาบาลหรือกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน	
☐	หนังสือมอบอำนาจให้ผู้ดำเนินการที่จะระบุไว้ในใบอนุญาต (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาตแทน)
☐	ใบอนุญาตให้จดทะเบียนในราชอาณาจักรซึ่งเรือหรือเครื่องบินที่ใช้ในการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศ
☐	ใบอนุญาตใช้เรือ (กรณีเรือ)
☐	ใบรับรองผู้ดำเนินการเดินอากาศ และใบอนุญาตประกอบกิจการการบินพลเรือน (กรณีเครื่องบิน)
☐	เอกสารแสดงรายชื่อ ทะเบียน หรือเอกสารอื่นที่ระบุเรือหรือเครื่องบิน หรือสถานที่ที่จะได้รับอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ประเภท ๓ หรือประเภท ๔
☐	แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานที่ที่ขออนุญาต (ที่ตั้งของสำนักงานใหญ่)
☐	แผนผังแสดงที่เก็บยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ประเภท ๓ หรือประเภท ๔ แล้วแต่กรณี
๕. เพื่อการบำบัดรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์ (เฉพาะกรณีขอมิไว้ในครอบครองวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔)	
☐	ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. ๗) หรือใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์ (สส. ๓)
☐	ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ. ๑๔) หรือใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ (สส. ๔)
☐	ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่งของผู้ดำเนินการตามใบอนุญาตในสถานพยาบาล
☐	หนังสือมอบอำนาจให้ผู้ดำเนินการที่จะระบุไว้ในใบอนุญาต (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาตแทน)
☐	แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานที่ที่ขออนุญาต
☐	แผนผังแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ แล้วแต่กรณี
☐	รูปถ่ายสถานพยาบาลจำนวน ๒ รูป (๑. แสดงลักษณะอาคาร ๒. ป้ายและเลขที่ของสถานที่ตั้ง)
๖. เพื่อประโยชน์ในทางอุตสาหกรรม (เฉพาะกรณีขอมิไว้ในครอบครองวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔)	
☐	หนังสือมอบอำนาจให้ผู้ดำเนินการที่จะระบุไว้ในใบอนุญาต (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาตแทน)
☐	เอกสารแสดงกระบวนการทางอุตสาหกรรมที่ใช้วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ เป็นส่วนประกอบ
☐	แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานที่ที่ขออนุญาต
☐	แผนผังแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ แล้วแต่กรณี

ส่วนที่ ๕ การรับรองตนเองและการยินยอมการเปิดเผยข้อมูลของผู้ขออนุญาตหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการ

ข้าพเจ้าผู้ขออนุญาต/ผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการ ยินยอมให้เก็บ รวบรวม และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อประโยชน์ในทางราชการ และขอให้รับรองว่า

- (๑) มีคุณลักษณะและไม่มีลักษณะต้องห้าม ในการเป็นผู้ขออนุญาตตามที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงการอนุญาตมิไว้ในครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ และวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ประเภท ๓ หรือประเภท ๔ พ.ศ. ๒๕๖๘
- (๒) ข้าพเจ้าจะไม่ทำผิดวัตถุประสงค์ตามที่ได้รับอนุญาตมิไว้ในครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ และวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ประเภท ๓ หรือประเภท ๔
- (๓) ข้าพเจ้าจะไม่เปลี่ยนแปลงข้อมูลการมิไว้ในครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ และวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ประเภท ๓ หรือประเภท ๔ ไปจากที่ได้รับอนุญาตไว้ หากมีความประสงค์ที่จะแก้ไขข้อมูลดังกล่าว ข้าพเจ้ารับทราบว่า จะต้องดำเนินการยื่นคำขอรับอนุญาตตามกระบวนการที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวง
- (๔) ข้อความข้างต้นที่แจ้งไว้ในคำขอนี้พร้อมทั้งหลักฐานและเอกสารประกอบการขอรับใบอนุญาตทุกฉบับเป็นความจริงถูกต้องและครบถ้วน สมบูรณ์ทุกประการ หากภายหลังปรากฏว่าข้อมูลในคำขอนี้พร้อมทั้งเอกสารหลักฐานประกอบคำขอไม่ตรงกับความเป็นจริง ข้าพเจ้าถือเป็นความรับผิดชอบของข้าพเจ้าเองทั้งสิ้น
- (๕) ข้าพเจ้าได้รับทราบ เข้าใจ และพร้อมที่จะปฏิบัติตามกฎกระทรวงการอนุญาตมิไว้ในครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ และวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ประเภท ๓ หรือประเภท ๔ พ.ศ. ๒๕๖๘ พร้อมทั้งแนวทางและหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดกำหนดทุกประการ

ประทับตรา
นิติบุคคล
(ถ้ามี)

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต
(.....)
วันที่.....

หมายเหตุ : ให้รับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ และขีดข้อความที่ไม่ต้องการออก เว้นแต่การส่งทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้ส่งไม่ต้องลงนามรับรอง

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)