**แบบตรวจสอบเอกสารคำขอ : แก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต**

**กรณีเปลี่ยน / เพิ่ม / ถอน / แจ้งเปลี่ยนหน้าที่ ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ**

|  |
| --- |
| ชื่อ-สกุล ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ……………………………………..…………………………………….…… โทรศัพท์มือถือ..................................................... ชื่อสถานที่…………..……………………………………………………….……...................................เลขที่ใบอนุญาต.....…………………………………………. |

**⮚ ขอให้ผู้ยื่นคำขอจัดเรียงเอกสารตามบัญชีรายการเอกสารข้างล่าง และตรวจสอบด้วยตนเองพร้อมทั้งทำเครื่องหมาย ✓ กรณีถูกต้องครบถ้วนตามข้อกำหนด หรือทำเครื่องหมาย 🗶 กรณีไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วนตามข้อกำหนด หรือเครื่องหมาย − กรณีไม่จำเป็นต้องมี**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** | **รายการตรวจสอบเอกสาร****บุคคลธรรมดา / นิติบุคคล** | **ผู้ยื่นคำขอตรวจสอบ** | **เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ** | **บันทึกข้อบกพร่อง** |
| 1 | คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง (แบบ ข.ย. 17 / น.ย.11 / ย.บ.16) |  |  |  |
| 2 | **กรณี นิติบุคคล** หนังสือรับรองนิติบุคคล (ไม่เกิน 6 เดือน) พร้อมหนังสือแต่งตั้งผู้ดำเนินกิจการ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้มีอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ |  |  |  |
| 3 | คำรับรองผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (แบบ ข.ย. 14 / น.ย.7 / ย.บ.12) |  |  |  |
| 4 | คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงานตามแบบฟอร์มที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด (แบบ ข.ย. 14 หน้า 3) |  |  |  |
| 5 | สัญญาระหว่างผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการกับผู้รับอนุญาต (3ชุด) [สสจ. เก็บ 1 ชุด] |  |  |  |
| 6 | สำเนาใบประกอบโรคศิลปะ หรือสำเนาใบประกอบวิชาชีพ รับรองจริง |  |  |  |
| 7 | สำเนาหนังสือรับรองการอบรมการประชุมเชิงปฏิบัติการ (ข้อมูลการเก็บ CPE) |  |  |  |
| 8 | ใบรับรองแพทย์ตัวจริงของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (ที่ยังไม่หมดอายุ 3 เดือน)พร้อมระบุ 5 โรคต้องห้ามเป็น ของผู้รับอนุญาตเกี่ยวกับยา ดังต่อไปนี้(1) โรคเรื้อน (2) วัณโรคในระยะอันตราย (3) โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม (4) โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง (5) โรคพิษสุราเรื้อรัง |  |  |  |
| 9 | สำเนาบัตรประชาชนของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ รับรองจริง |  |  |  |
| 10 | สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ รับรองจริง |  |  |  |
| 11 | หนังสือมอบอำนาจการกระทำแทนกรณีผู้ขออนุญาตไม่สามารถติดต่อด้วยตนเอง (พร้อมอากรแสตมป์ 10 บาท)พร้อมด้วยสำเนาบัตรประชาชนของ ผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจรับรองจริง |  |  |  |
| 12 | ใบอนุญาตฉบับจริง และรูปถ่าย ขนาด 3\*4 ซม. จำนวน 2 รูป |  |  |  |
| 13 | **รูปถ่าย**ป้ายสีน้ำเงินของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการที่ชื่อ-สกุล เลขที่ใบประกอบ เวลาทำการ ที่ตรงกันกับการยื่นขออนุญาต |  |  |  |
| 14 | แบบแจ้งเลิกการปฏิบัติการเภสัชกรจากที่เก่า (ถ้ามี) |  |  |  |

การตรวจสอบเอกสาร ( ) เอกสารครบถ้วน ( ) เอกสารไม่ครบถ้วน ดังนี้

1. ..................................................................................................... 3. ...............................................................................................
2. ..................................................................................................... 4 ................................................................................................

ผู้ยื่นเอกสารจะนำเอกสาร/หลักฐานมายื่นให้ครบถ้วนภายในวันที่ ................................................................... หากเกินจากระยะเวลาที่กำหนดถือว่าผู้ยื่นละทิ้งคำขอและจะส่งคำขอคืนให้แก่ผู้ยื่นคำขอ ทั้งนี้ ผู้ยื่นคำขอได้อ่านและรับทราบข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ ................................................................. ผู้ยื่นคำขอ ลงชื่อ ................................................................. เจ้าหน้าที่