**แบบ ข.ว.จ. ๒ - ๓**

เลขรับที่

วันที่

(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

* **ย้ายสถานที่**
* **เปลี่ยนแปลงสถานที่**
* **เพิ่มสถานที่**

**คำขอย้าย เปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มสถานที่ขาย
วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒**

**ใบอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ใบอนุญาตเลขที่ /**

**ณ สถานที่ชื่อ**

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ

**ด. ข้อมูลผู้ขออนุญาต**

**ข้าพเจ้า**(ชื่อบุคคล/นิติบุคคล)

**(กรณีเป็นสถานพยาบาลเอกชน:**ให้ระบุชื่อผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายว่าด้วย
สถานพยาบาลสัตว์ และหากเป็นสถานพยาบาลของนิติบุคคลให้ระบุข้อความเพิ่มว่า เพื่อการดำเนินการของนิติบุคคลนั้น ดังนี้ “นาย ก. เพื่อการดำเนินการของบริษัท
โรงพยาบาล จำกัด”)

บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่

หรือทะเบียนนิติบุคคล / บัตรประจำตัวผู้เสียภาษี เลขที่

อยู่เลขที่ หมู่ที่

ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร E-mail

**๒. ข้อมูลผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการหรือดำเนินกิจการเกี่ยวกับใบอนุญาต**

**ชื่อ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ อยู่เลขที่  |  อายุ .. ตำบล/แขวง.... |  ปี สัญชาติ  |
|  อำเภอ/เขต . | ..หมู่ที่ ................................. |
| ตรอก/ซอย  |  ถนน  |
| จังหวัด  | รหัสไปรษณีย์  | โทรศัพท์  | .. โทรสาร E-mail  |
| **ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตดังต่อไปนี้** |  |  |  |
| **กรณีย้ายสถานที่ คือ** |  |  |  |  |
| **สถานที่เดิม** ตั้งอยู่เลขที่ | .................................... | ................................ | ........................................... | .หมู่ที่  |
| ตรอก/ซอย  |  ถนน  |  ตำบล/แขวง.. |  อำเภอ/เชต | ............................... |
| จังหวัด  |  รหัสไปรษณีย์  |  โทรศัพท์.... |  โทรสาร  | ............................... |
| **สถานที่ใหม่** ตั้งอยู่เลขที่ | .................................... | ................................ | ........................................... | ..หมู่ที่  |
| ตรอก/ซอย  |  ถนน  |  ตำบล/แขวง. |  อำเภอ/เขต | ............................... |
| จังหวัด  |  รหัสไปรษณีย์  |  โทรศัพท์  |  โทรสาร  | ............................... |

**กรณีเปลี่ยนแปลงสถานที่หรือเพิ่มสถานที่** (ให้ระบุเหตุผลความจำเป็น และลักษณะชองการเปลี่ยนแปลงหรือการเพิ่มสถานที่
เช่น เพิ่ม/ลดชนาดพื้นที่ของอาคาร หรือเพิ่มอาคารแห่งใหม่)

F-N2-144 (0-09/07/61) หน้า 1/4

-๒-

**๔. พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหรือหลักฐานต่างๆมาด้วย คือ**

๔.๑ ใบอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

๔.๒ เอกสารแสดงรายละเอียดของสถานที่ขายวัตถุออกฤทธิ์แห่งใหม่หรือที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่ม แล้วแต่กรณี ดังนี้
(ด) สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ขายแห่งใหม่
(๒) เอกสารหรือหลักฐานเพิ่มเติม ดังนี้

(๒.ด) เพื่อการบำบัดรักษาหรือบีองกันโรค
กรณีสถานพยาบาลของรัฐ

* สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน
กรณีสถานพยาบาลเอกชน
* สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. ๗) หรือสำเนาใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์
(สส.๓) ของสถานที่แห่งใหม่
* สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ. ๑๙) หรือสำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์
(สส.๔) ของสถานที่แห่งใหม่
* รูปถ่ายสถานพยาบาล จำนวน ๒ รูปของสถานที่แห่งใหม่ (รูปที่ ๑ แสดงลักษณะอาคาร รูปที่ ๒ แสดงป้าย
และเลขที่ของสถานที่ตั้ง)
* แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานที่ขายแห่งใหม่ (กรณีมีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม)
* แผนผังแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ของสถานที่ขายแห่งใหม่ (กรณีมีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม)

(๒.๒) เพื่อการบริหารวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ที่ใช้ในทางการแพทย์ของประเทศ (สำหรับหน่วยงานของรัฐ)

* สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน
* หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาต
* แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานที่ขายแห่งใหม่ (กรณีมีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม)
* แผนผังแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ของสถานที่ขายแห่งใหม่ (กรณีมีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม)
* รูปถ่ายแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ของสถานที่ขายแห่งใหม่ จำนวน ๑ รูป (กรณีมีการเปลี่ยนแปลง
จากเดิม)

(๒.๓) เพื่อการวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยทางด้านการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์ (สำหรับหน่วยงานของรัฐ)

* สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน
* หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาต

(๒.๔) เพื่อการป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวสับวัตถุออกฤทธิ์

* สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน
* หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาต

F-N2-144 (0-09/07/61) หน้า 2/4

-๓-

(๒.**๕)** เพื่อขายตามที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุขโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท

ให้เป็นผู้ผลิตหรือนำเข้าซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

* สำเนาหนังสือรับรองแสดงการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ซึ่งนายทะเบียนของกระทรวงพาณิชย์ออกไว้ไม่เกิน
๖ เดือน กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นนิติบุคคล
* หนังสือแสดงว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินกิจการของนิติบุคคลผู้ขอรับใบอนุญาต กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นนิติบุคคล
* แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานที่ขายแห่งใหม่ (กรณีมีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม)
* แผนผังแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ของสถานที่ขายแห่งใหม่ (กรณีมีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม)
* รูปถ่ายแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ของสถานที่ขายแห่งใหม่ จำนวน ๑ รูป (กรณีมีการเปลี่ยนแปลง
จากเดิม)

**ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความและเอกสารหรือหลักฐานทั้งหมดที่ยื่นเพื่อประกอบคำขอรับใบอนุญาตเป็นความจริงทุกประการ**

(ลายมือชื่อ)

(...

 ...................................ผู้ขออนุญาต/ผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการหรือดำเนินกิจการ

 ......................................)

หมายเหตุ : (ด) ให้ยื่นคำขอ ๑ ฉบับต่อ ๑ใบอนุญาตเท่านั้น

(๒) ให้ขีดเลือกข้อความในช่อง □ ให้ตรงตามที่ประสงค์จะดำเนินการ
(๓) รับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ

(๔) ในที่นี้

* “ย้ายสถานที่” หมายถึง กรณีผู้ขออนุญาตย้ายสถานที่ขายไปตั้ง ณ สถานที่อื่นหรือสถานที่แห่งใหม่ ซึ่งย้ายสถานที่

ขายแห่งเดิมทั้งหมด มิใช่ย้ายเพียงบางส่วนหรือบางแผนก

* “เปลี่ยนแปลงสถานที่” หมายถึง กรณีผู้ขออนุญาตเปลี่ยนแปลงสถานที่ขายแห่งเดิม โดยการขยายพื้นที่ของอาคาร

ลดพื้นที่ของอาคารลง หรือมีการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงลักษณะของอาคารที่ได้รับอนุญาต

* “เพิ่มสถานที่” หมายถึง กรณีผู้ขออนุญาตเพิ่มสถานที่ขายอีกแห่งหนึ่ง เช่น มีอาคารเพิ่มอีกแห่งหนึ่งในพื้นที่บริเวณ
ใกล้เคียงกับแห่งเดิม โดยสถานที่แห่งใหม่อาจจะอยู่บนโฉนดที่ดินเดียวกับสถานที่ขายแห่งเดิม หรือโฉนดที่ดินติดกัน
แต่ทั้งนี้ไม่รวมถึงกรณีการเพิ่มสาขาหรือขยายสาขา

(๕) กรณีการยื่นคำขอโดยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ เอกสารหรือหลักฐานประกอบคำขอให้เป็นไปตามระบบการยื่นทาง
อิเล็กทรอนิกส์ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด

F-N2-144 (0-09/07/61) หน้า 3/4

ข้าพเจ้าขอให้สัญญาว่า

1. จะปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขต่าง ๆ ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด
2. ยินยอมให้หน่วยรับรองระบบงานหรือองค์กร ที่เกี่ยวข้องกับการรับรองดำเนินการสังเกตการณ์การตรวจประเมินของ
คณะผู้ตรวจประเมินของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ณ สถานประกอบการของข้าพเจ้าตามที่ได้รับการร้องขอ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลต่าง ๆ ที่ให้ไว้นี้เป็นความจริงทุกประการ และได้รับเอกสารหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการรับรอง

ไว้เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ ผู้ยื่นคำขอ (ผู้ดำเนินกิจการ)/

( ) ผู้รับมอบอำนาจให้ยื่นเอกสาร

**ผลการตรวจรับ**

**ครั้งที** 1

* เอกสารครบถ้วน/ถูกต้อง รับคำขอและเอกสารไว้เพื่อดำเนินการต่อไป
* เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก
* ให้ยื่นเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมภายในระยะเวลา 5 วันทำการ
นับจากวันที่ได้รับเรื่อง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์

ในการคืนคำขอ

* คืนเอกสารคำขอ แล้วให้นำมายื่นใหม่ภายหลัง
พร้อมแก้ไขให้ถูกต้อง

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ ลงชื่อ

|  |  |
| --- | --- |
| ‘บ ‘บรับทราบผลการตรวจเอกสาร วันที่ / (กรณีไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง) |  /  |
| ผู้ตรวจเอกสาร | ลงชื่อ วันที่ /.......  |  /  |

**□ รับเอกสารทางไปรษณีย์**

ให้เจ้าหน้าที่แจ้งผู้ยื่นคำขอ โดยกำหนดยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายใน
20 วันทำการนับจากวันที่แจ้ง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ในการคืนคำขอ

( ) แจ้งทางโทรศัพท์ หมายเลข

ผู้รับเรื่อง

( ) แจ้งทางโทรสาร หมายเลข

( ) แจ้งทางไปรษณีย์

**ครั้งที่** 2

* เอกสารครบถ้วน
* เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง คืนเอกสารคำขอ

ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ

วันที่ / /

F-N2-144 (0-09/07/61) หน้า 4/4

หนังสือมอบอำนาจ

ให้ผู้อื่นมายื่นและรับเอกสารเกี่ยวกับ ใบอนุญาต ฯ วัตถุเสพติด

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ข้าพเจ้า  | วันที่  |  เดือน.... |  พ.ศ  |
|  อายุ  | ..ปี เป็นผู้ดำเนินกิจการ |
| ในสถานที่ประกอบการชื่อ  |  |   |  ตั้งอยู่เลขที่. |  |
| ซอย/ตรอก  | ....ถนน  | .......................  | ............................ | .หมู่ที่  |
| ตำบล/แขวง  | .อำเภอ/เขต  |  |  จังหวัด  |  |
| รหัสไปรษณีย์  | ...โทรศัพท์  |  |  |  |
| บัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการเลขที่. |  |  |  |  |
| ขอมอบอำนาจให้  |  |  |  อายุ. |  .ปี |
| อยู่เลขที่ ซอย/ตรอก  |  |  หมู่ที่  |  ถนน  |  |
| ตำบล/แขวง เขต/อำเภอ  |  |  จังหวัด  |  |

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

บัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการเลขที่

เป็นผู้ดำเนินการแทนเกี่ยวกับการ O ขอรับใบอนุญาต

 ..................................................................................................................

O แก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต

 .........................................................................................................................................

O ต่ออายุใบอนุญาต

O อื่นๆ (ระบุ)

โดยเป็นผู้ยื่น / รับเอกสาร ตลอดถึงการแก้ไขเอกสาร ที่กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการ

อาหารและยา แทนข้าพเจ้า ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

1. สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ ของข้าพเจ้าที่รับรองเอกสารแก้ว
2. สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ ของผู้รับมอบอำนาจที่รับรองเอกสารแล้ว

การใดที่ นาย / นาง /นางสาว ได้กระทำไปให้ถือเสมือน

เป็นการกระทำของข้าพเจ้า และข้าพเจ้าขอรับผิดชอบทุกประการ

ติดอากร 30.- บาท
ประทับตราบริษัทฯ (ถ้ามี)

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ

 ( .. )

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ

( )

ลงชื่อ พยาน

( )

ลงชื่อ พยาน

( )