

คำขอตรวจประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน

- ร้านขายยาแผนปัจจุบัน
- ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
- ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า ชื่อ.....เลขที่บัตรประชาชน.....

ผู้รับอนุญาต

ผู้ดำเนินการของ.....(กรณีนิติบุคคล)

ณ สถานที่ขายยาชื่อ.....ใบอนุญาตเลขที่.....

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

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....

ชื่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ.....

เวลาปฏิบัติการ.....

มีความประสงค์ขอรับการตรวจประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน

ข้าพเจ้าได้แนบเอกสาร หลักฐานประกอบการยื่นคำขอ ดังนี้

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
๒. สำเนาใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน
๓. กรณีนิติบุคคล แนบสำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล

**คำรับรอง**

๑. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า สถานที่ขายยาที่ขอรับการตรวจประเมินเป็นไปตามเงื่อนไขที่กฎหมาย/ผู้  
อนุญาตกำหนด

๒. ข้าพเจ้ารับทราบว่า หากมีข้อผิดพลาด ข้อบกพร่อง ไม่เป็นไปตามข้อเท็จจริงที่ยื่นคำขอ หรือไม่  
เป็นไปตามเงื่อนไขที่กฎหมาย/ผู้อนุญาตกำหนด หรือไม่มีการแก้ไขข้อบกพร่องตามที่เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจประเมิน  
ได้ให้คำแนะนำจากการตรวจประเมิน หรือพบความไม่สอดคล้องในภายหลังนั้น จะไม่สามารถใช้ผลการตรวจ  
ประเมินดังกล่าวในการยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตได้

ในการนี้ ข้าพเจ้าได้ชำระค่าตรวจประเมินสถานที่ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่  
จะจัดเก็บจากผู้ยื่นคำขอในกระบวนการพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์ยา พ.ศ.๒๕๖๐ เป็นเงิน ๓,๐๐๐ บาท  
(สามพันบาทถ้วน) ไว้แล้วตามใบสำคัญรับเงินเลขที่ ..... ลงวันที่ ..... (เจ้าหน้าที่กรอก)

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ การชำระค่าธรรมเนียมจะรับชำระผ่านทาง internet banking, บัตรเดบิต, บัตรเครดิต หรือบัตรเงินสด  
ธนาคารกรุงไทย เท่านั้น ไม่รับชำระด้วยเงินสด