

**คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงข้อมูลรายการในใบอนุญาตวัตถุออกฤทธิ์**

ใบอนุญาต  ผลิต  ขาย  นำเข้า  ส่งออก  มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์

วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท  ๑  ๒  ๓  ๔

ตามใบอนุญาตที่ ...../..... ณ สถานที่ ชื่อ .....

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

**๑. ข้อมูลผู้ขออนุญาต**

ข้าพเจ้า (ชื่อบุคคล/นิติบุคคล) .....

(กรณีเป็นสถานพยาบาลเอกชน : ให้ระบุชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์ 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 ..... อายุ ..... ปี สัญชาติ .....

อยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ .....

ตรอก/ซอย ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... โทรสาร..... E-mail .....

**๓. มีความประสงค์ขอแก้ไขรายการในใบอนุญาต ดังต่อไปนี้**

ประเด็นแก้ไข	เอกสารหรือหลักฐาน
<input type="checkbox"/> ขอเปลี่ยนตัว หรือเปลี่ยนแปลงเภสัชกรผู้ควบคุมกิจการที่ระบุไว้ในใบอนุญาต จากเดิม ๑. .... เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ..... ๒. .... เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ..... เป็น ๑. .... เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ..... ๒. .... เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ต้นฉบับใบอนุญาตที่ต้องการแก้ไข</li> <li>• คำรับรองของผู้รับอนุญาตและเภสัชกรผู้ควบคุมกิจการ</li> <li>• สำเนาใบอนุญาตผลิต ขาย นำส่งยาแผนปัจจุบันที่ได้แก้ไขแล้วแล้วแต่กรณี (สำหรับกรณีผลิต ขาย นำเข้า ส่งออกวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ และประเภท ๔)</li> <li>• สำเนาใบอนุญาตผลิต ขาย นำเข้า ส่งออกวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๑ และประเภท ๒ ที่แก้ไขแล้ว แล้วแต่กรณี (สำหรับกรณีผลิต ขาย นำเข้า ส่งออกวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๑ และประเภท ๒)</li> <li>• สำเนาใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์วัตถุออกฤทธิ์ในประเภทที่แก้ไขแล้ว (สำหรับกรณีมีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ทุกประเภท)</li> </ul>
<input type="checkbox"/> เปลี่ยนคำนำหน้าชื่อ ชื่อตัว ชื่อสกุล ของ <input type="radio"/> ผู้รับอนุญาต หรือผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการ <input type="radio"/> เภสัชกร จากเดิม..... เป็น.....	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ต้นฉบับใบอนุญาตที่ต้องการแก้ไข</li> <li>• เอกสารแสดงการเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ</li> </ul>
<input type="checkbox"/> แก้ไขเปลี่ยนแปลง ชื่อนิติบุคคลผู้รับอนุญาต (กรณีเป็นนิติบุคคลเปลี่ยนชื่อ เช่น เปลี่ยนชื่อบริษัท โดยที่ยังเป็นนิติบุคคลเดิม) จากเดิม..... เป็น.....	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ต้นฉบับใบอนุญาตที่ต้องการแก้ไข</li> <li>• เอกสารแสดงการเปลี่ยนแปลงนิติบุคคล ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ (เช่น สำเนาหนังสือรับรองแสดงการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ซึ่งนายทะเบียนของกระทรวงพาณิชย์ออกไว้ไม่เกิน ๖ เดือน)</li> </ul>

ประเด็นแก้ไข	เอกสารหรือหลักฐาน
<input type="checkbox"/> แก้ไขเปลี่ยนแปลง นิติบุคคลผู้รับอนุญาต (กรณีเป็นการแปรสภาพเป็นบริษัทจำกัด หรือบริษัทมหาชนจำกัด) จากเดิม..... เป็น.....	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ต้นฉบับใบอนุญาตที่ต้องการแก้ไข</li> <li>● เอกสารแสดงการเปลี่ยนแปลงนิติบุคคล ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ (เช่น สำเนาหนังสือรับรองแสดงการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ซึ่งนายทะเบียนของกระทรวงพาณิชย์ออกไว้ไม่เกิน ๖ เดือน)</li> </ul>
<input type="checkbox"/> แก้ไขเปลี่ยนแปลง ชื่อสถานที่ที่ได้รับอนุญาต จากเดิม..... เป็น.....	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ต้นฉบับใบอนุญาตที่ต้องการแก้ไข</li> <li>● เอกสารแสดงการเปลี่ยนชื่อสถานที่ ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ</li> <li>● สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. ๗) หรือสำเนาใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์ (สส.๓) (กรณีสถานพยาบาลเอกชน)</li> <li>● สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ. ๑๙) หรือ สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ (สส.๔) (กรณีสถานพยาบาลเอกชน)</li> </ul>
<input type="checkbox"/> เปลี่ยนผู้ดำเนินการ (กรณีผู้รับอนุญาตเป็นนิติบุคคล) จากเดิม..... เป็น.....	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ต้นฉบับใบอนุญาตที่ต้องการแก้ไข</li> <li>● คำรับรองของผู้รับอนุญาตและเลขาธิการผู้ควบคุมกิจการ</li> <li>● สำเนาคำสั่งแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง (กรณีหน่วยงานของรัฐ)</li> <li>● หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาต</li> <li>● สำเนาหนังสือรับรองแสดงการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ซึ่งนายทะเบียนของกระทรวงพาณิชย์ออกไว้ไม่เกิน ๖ เดือน</li> <li>● รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้มของผู้ดำเนินการคนใหม่ ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือนก่อนวันยื่นคำขอ</li> </ul>
<input type="checkbox"/> เปลี่ยนเลขที่บ้าน ชื่อถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัดของสถานที่ตั้งในใบอนุญาต (กรณีข้อมูลสถานที่ตั้งซึ่งรัฐทำการเปลี่ยนแปลง) จากเดิม..... เป็น.....	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ต้นฉบับใบอนุญาตที่ต้องการแก้ไข</li> <li>● เอกสารแสดงการเปลี่ยนเลขที่บ้าน ชื่อถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ</li> <li>● สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. ๗) หรือสำเนาใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์ (สส.๓) (กรณีสถานพยาบาลเอกชน)</li> <li>● สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ. ๑๙) หรือสำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ (สส.๔) (กรณีสถานพยาบาลเอกชน)</li> </ul>
<input type="checkbox"/> เปลี่ยนเวลาเปิดทำการ จากเดิม..... เป็น.....	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ต้นฉบับใบอนุญาตที่ต้องการแก้ไข</li> </ul>
<input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ) จากเดิม..... เป็น.....	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ต้นฉบับใบอนุญาตที่ต้องการแก้ไข</li> <li>● เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไข</li> </ul>

**ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความและเอกสารหรือหลักฐานทั้งหมดที่ยื่นเพื่อประกอบคำขอรับใบอนุญาตเป็นความจริงทุกประการ**

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ขออนุญาต/ผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการหรือดำเนินการ  
(.....)

หมายเหตุ : (๑) ให้ยื่นคำขอ ๑ ฉบับต่อ ๑ ใบอนุญาตเท่านั้น

(๒) ให้ขีดเลือกข้อความในช่อง  /  ให้ตรงตามที่ประสงค์จะดำเนินการ และให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

(๓) รับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ

(๔) กรณีการยื่นคำขอโดยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ เอกสารหรือหลักฐานประกอบคำขอให้เป็นไปตามระบบการยื่นทางอิเล็กทรอนิกส์ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด

ข้าพเจ้าขอให้สัญญาว่า

- 1) จะปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขต่าง ๆ ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด
- 2) ยินยอมให้หน่วยรับรองระบบงานหรือองค์กร ที่เกี่ยวข้องกับการรับรองดำเนินการสังเกตการณ์การตรวจประเมินของคณะผู้ตรวจประเมินของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ณ สถานประกอบการของข้าพเจ้าตามที่ได้รับการร้องขอ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลต่าง ๆ ที่ให้ไว้นี้เป็นความจริงทุกประการ และได้รับเอกสารหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการรับรองไว้เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้ยื่นคำขอ (ผู้ดำเนินกิจการ)/  
(.....) ผู้รับมอบอำนาจให้ยื่นเอกสาร

**ผลการตรวจรับ**

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

**หนังสือมอบอำนาจ**  
**ให้ผู้อื่นมายื่นและรับเอกสารเกี่ยวกับ ใบอนุญาต ฯ วัตถุประสงค์**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า.....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  ขอรับใบอนุญาต.....

- แก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต.....
- ต่ออายุใบอนุญาต.....
- อื่น ๆ (ระบุ).....

โดยเป็นผู้ยื่น / รับเอกสาร ตลอดถึงการแก้ไขเอกสาร ที่กองควบคุมวัตถุประสงค์ สำนักงานคณะกรรมการอาหาร  
และยา แทนข้าพเจ้า ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

1. สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ ของข้าพเจ้าที่รับรองเอกสารแล้ว
2. สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ ของผู้รับมอบอำนาจที่รับรองเอกสารแล้ว

การใดที่ นาย / นาง / นางสาว.....ได้กระทำไปให้ถือเสมือน  
เป็นการกระทำของข้าพเจ้า และข้าพเจ้าขอรับผิดชอบทุกประการ

ลงชื่อ ..... ผู้มอบอำนาจ  
( ..... )

ติดอากร 30.- บาท  
ประทับตราบริษัทฯ (ถ้ามี)

ลงชื่อ ..... ผู้รับมอบอำนาจ  
( ..... )

ลงชื่อ ..... พยาน  
( ..... )

ลงชื่อ ..... พยาน  
( ..... )

กรุณากรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน : ถ้าส่งเอกสารทางไปรษณีย์ไม่ต้องใช้หนังสือมอบอำนาจ