

ที่ติดรูปถ่าย  
ผู้ขออนุญาต  
หรือ  
ผู้ดำเนินการ

เลขที่รับ.....  
วันที่.....  
ผู้รับคำขอ.....  
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

### คำขออนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

เป็นบุคคลธรรมดา อายุ.....ปี สัญชาติ..... บัตรประจำตัวประชาชน  
หรือบัตรอื่น (ระบุ) .....เลขที่ .....  
อยู่บ้านเลขที่.....ต.รอก/ซอย.....ถนน.....  
หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....  
โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

เป็นนิติบุคคลประเภท.....จดทะเบียนเมื่อ.....ทะเบียนเลขที่.....  
มีสำนักงานตั้งอยู่เลขที่.....  
ต.รอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....  
โดยมี.....เป็นผู้ดำเนินการแทนนิติบุคคล อายุ.....ปี  
สัญชาติ.....บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่น (ระบุ) .....เลขที่ .....  
อยู่บ้านเลขที่.....ต.รอก/ซอย.....ถนน.....  
หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....  
โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๑. ขออนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๒๔ แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยมี

(๑) สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์ชื่อ.....  
ตั้งอยู่เลขที่.....  
ต.รอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

(๒) สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ จำนวน.....แห่ง

สถานที่เดียวกับสถานที่ขายเครื่องมือแพทย์ข้างต้น

ตั้งอยู่เลขที่ .....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

(๓) ขอบข่ายเครื่องมือแพทย์ที่ขาย .....

.....

.....

(๔) ผู้ควบคุมการขาย

ไม่มี [ไม่เป็นเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๖(๗)]

มี [เป็นเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๖(๗)] จำนวน .....คน (โปรดระบุชื่อและคุณวุฒิ)

.....

.....

.....

๒. ขอรับรองว่าข้าพเจ้าและผู้ดำเนินกิจการมีคุณสมบัติตามมาตรา ๒๖ แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑

๓. พร้อมกับคำขอนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วย คือ

(๑) ในกรณีผู้ขออนุญาตเป็นบุคคลธรรมดา

(ก) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นซึ่งใช้แทนบัตรประจำตัวประชาชนได้

(ข) สำเนาทะเบียนบ้าน

(ค) รูปถ่ายครึ่งตัว หน้าตรง ไม่สวมหมวก ขนาด ๓x๔ เซนติเมตร ซึ่งถ่ายมาแล้วไม่เกินหก

เดือน จำนวน ๓ รูป

(ง) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งรับรองว่าผู้ขออนุญาตไม่เป็นโรคที่รัฐมนตรี

ประกาศกำหนดตามมาตรา ๑๖(๗) แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑

(จ) สำเนาใบทะเบียนการค้าหรือใบทะเบียนพาณิชย์

(๒) ในกรณีผู้ขออนุญาตเป็นนิติบุคคล

(ก) สำเนาใบสำคัญแสดงการจดทะเบียนของนิติบุคคล

(ข) สำเนาหนังสือรับรองจากนายทะเบียนของนิติบุคคลนั้นๆ แสดงวัตถุประสงค์และผู้มี

อำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคลผู้ขออนุญาต ซึ่งออกมาแล้วไม่เกินหกเดือน

- (ค) เอกสารแสดงว่าเป็นผู้จัดการหรือผู้แทนซึ่งเป็นผู้ดำเนินการของนิติบุคคล
- (ง) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดำเนินการหรือบัตรอื่นซึ่งใช้แทนบัตรประจำตัวประชาชนได้
  - (จ) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดำเนินการ
  - (ฉ) รูปถ่ายครึ่งตัว หน้าตรง ไม่สวมหมวกของผู้ดำเนินการ ขนาด ๓x๔ เซนติเมตร ซึ่งถ่ายมาแล้วไม่เกินหกเดือน จำนวน ๓ รูป
  - (ช) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งรับรองว่าผู้ดำเนินการไม่เป็นโรคที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดตามมาตรา ๑๖(๗) แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑
  - (๓) แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานที่ขายเครื่องมือแพทย์และสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ พร้อมสิ่งปลูกสร้างที่อยู่ในบริเวณใกล้เคียง จำนวน ๒ ชุด
  - (๔) แผนที่ผังภายในบริเวณสถานที่ขายเครื่องมือแพทย์และสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่ถูกต้องตามมาตราส่วน จำนวน ๒ ชุด
  - (๕) เอกสารรับรองระบบคุณภาพการขายเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๖(๕)
  - (๖) เอกสารของผู้ควบคุมการขาย ในกรณีเป็นเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๖(๗)
    - (ก) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นซึ่งใช้แทนบัตรประจำตัวประชาชนได้
    - (ข) สำเนาทะเบียนบ้าน
    - (ค) สำเนาใบแสดงคุณวุฒิ
    - (ง) สัญญาการว่าจ้างระหว่างผู้ขออนุญาตและผู้ควบคุมการขาย
  - (๗) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

ลายมือชื่อ ..... ผู้ยื่นคำขอ  
( )

---

หมายเหตุ: ให้ใส่เครื่องหมาย  ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ