



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา  
Food and Drug Administration

**แบบตรวจรับคำขอ**  
 ย้าย  เปลี่ยนแปลง  
**สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์**

วันที่รับ.....เวลา.....น.  
เลขที่รับ.....  
เลขที่คืน.....  
ผู้รับเรื่อง.....

ชื่อสถานประกอบการ.....  
ชื่อผู้มาติดต่อ/ยื่นคำขอ..... โทรศัพท์.....  
ชื่อเครื่องมือแพทย์..... ใบอนุญาตเลขที่.....

รายการเอกสาร	ผลการตรวจเอกสาร			ผลการตรวจประเมิน	
	มี		ไม่มี	ผ่าน	ไม่ผ่าน
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง			
1. แบบคำขอ <input type="checkbox"/> ย้าย <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงสถานที่ขายเครื่องมือแพทย์ (แบบ ข.พ.4)					
2. ใบอนุญาต หรือใบแทนใบอนุญาต					
3. แผนที่ตั้งแสดงสถานที่ขายเครื่องมือแพทย์แห่งใหม่และสิ่งปลูกสร้างที่อยู่ใกล้เคียง (กรณีย้าย)					
4. แบบแปลนแผนผังสิ่งปลูกสร้างภายในบริเวณสถานที่ขายที่ย้าย/เปลี่ยนแปลงที่ถูกต้องตามมาตรฐาน					
5. รูปถ่ายสถานที่ขายที่ย้าย/เปลี่ยนแปลง					
6. หนังสือมอบอำนาจ กรณีมีการมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนพร้อมติดอากรแสตมป์					
7. สำเนาหนังสือรับรองจากนายทะเบียนแสดงวัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงนามของนิติบุคคล (ออกมาไม่เกิน 6 เดือน) (กรณีนิติบุคคล)					
8. สำเนาบัตรประชาชนผู้มอบอำนาจ/ผู้รับมอบอำนาจ					
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลต่างๆที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ และได้รับทราบหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการอนุญาตไว้เรียบร้อยแล้ว ลงชื่อ.....ผู้มาติดต่อ/ยื่นคำขอ ( ) วันที่.....	<b>ผลการตรวจรับเอกสาร</b> <input type="radio"/> ครบถ้วน <input type="radio"/> ไม่ครบถ้วนและต้องคืนเอกสารทั้งหมด ลงชื่อ.....ผู้ตรวจรับคำขอ ( ) วันที่.....			<b>ผลการตรวจประเมิน</b> <input type="radio"/> ผ่าน <input type="radio"/> ไม่ผ่าน หมายเหตุ..... ลงชื่อ.....ผู้ตรวจประเมิน ( ) วันที่.....	
เรียน หัวหน้ากลุ่ม Post. เพื่อโปรดตรวจสอบสถานที่ประกอบการขออนุญาตและแจ้งผลการตรวจสอบภายใน.....วัน ด้วย จะเป็นพระคุณ ลงชื่อ.....หัวหน้ากลุ่ม Pre/ ผู้แทน ( ) วันที่.....	เรียน หัวหน้ากลุ่ม Pre เพื่อโปรดทราบผลการตรวจสถานที่ <input type="radio"/> เหมาะสม <input type="radio"/> ไม่เหมาะสม ลงชื่อ.....หัวหน้ากลุ่ม Post/ ผู้แทน ( ) วันที่.....			<input type="radio"/> เห็นชอบ <input type="radio"/> ไม่เห็นชอบ เพราะ..... ลงชื่อ.....หัวหน้ากลุ่ม Pre ( ) วันที่.....	

ที่ สร 1002...../.....

เรียน ผู้อำนวยการกองควบคุมเครื่องมือแพทย์  
เพื่อ โปรดเสนอเลขที่การ ฯ ลงนาม  
สลักหลังใบอนุญาตที่แนบมาด้วย จะเป็นพระคุณ

ที่ สร 1002...../.....

เรียน เลขที่การ ฯ  
เพื่อ โปรดพิจารณา ลงนามสลักหลัง  
ใบอนุญาตที่แนบมาด้วย จะเป็นพระคุณ

อนุญาต  
ลงนามแล้ว



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ใบควบคุมกระบวนการงาน  
การ  ย้าย  เปลี่ยนแปลง  
สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์

เลขที่รับ.....

ชื่อสถานประกอบการ.....

ชื่อผู้มาติดต่อ/ยื่นคำขอ..... โทรศัพท์.....

ชื่อเครื่องมือแพทย์..... ใบอนุญาตที่.....

<p><b>การตรวจสอบเอกสาร</b> <span style="float: right;">2 ชม. <input type="radio"/></span></p> <p>รับเรื่องวันที่..... เวลา.....น.</p> <p>ตรวจสอบแล้วเสร็จวันที่..... เวลา.....น.</p> <p>ผลการตรวจสอบ <input type="radio"/> รับเรื่อง <input type="radio"/> ไม่รับเรื่อง</p> <p>เจ้าหน้าที่ Pre.....</p>	<p><b>การรับคำขอ</b> <span style="float: right;">1 ชม. <input type="radio"/></span></p> <p>รับเรื่องวันที่..... เวลา.....น.</p> <p>ลงทะเบียนแล้วเสร็จวันที่..... เวลา.....น.</p> <p>คืนเรื่องวันที่.....</p> <p>เจ้าหน้าที่ธุรการ.....</p>
<p><b>การพิจารณาเอกสาร</b> <span style="float: right;">0.5 วัน <input type="radio"/></span></p> <p>รับเรื่องวันที่..... เวลา.....น.</p> <p>พิจารณาแล้วเสร็จวันที่..... เวลา.....น.</p> <p>เจ้าหน้าที่ Pre.....</p>	<p><b>แก้ไขเอกสาร</b> <span style="float: right;"><input type="radio"/></span></p> <p>แจ้งผู้ประกอบการเพื่อแก้ไขวันที่..... เวลา.....น.</p> <p>ผู้ประกอบการแก้ไขแล้วเสร็จวันที่..... เวลา.....น.</p> <p>เจ้าหน้าที่ Pre.....</p> <p>หมายเหตุ.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>ส่งเรื่องให้กลุ่ม Post</b> <span style="float: right;">2 ชม. <input type="radio"/></span></p> <p>รับเรื่องจากเจ้าหน้าที่ Pre วันที่..... เวลา.....น.</p> <p>ส่งเรื่องให้กลุ่ม Post วันที่..... เวลา.....น.</p> <p>เจ้าหน้าที่ธุรการ Pre.....</p>	<p><b>รับเรื่องจากกลุ่ม Post</b> <span style="float: right;">1 ชม. <input type="radio"/></span></p> <p>รับเรื่องจาก Post วันที่..... เวลา.....น.</p> <p>ส่งเรื่องให้เจ้าหน้าที่ Pre วันที่..... เวลา.....น.</p> <p>เจ้าหน้าที่ธุรการ Pre.....</p>
<p><b>การตรวจสอบสถานที่</b> <span style="float: right;">4.5 วัน <input type="radio"/></span></p> <p>รับเรื่องจากกลุ่ม Pre วันที่..... เวลา.....น.</p> <p>ส่งคืนกลุ่ม Pre วันที่..... เวลา.....น.</p> <p>เจ้าหน้าที่ Post.....</p>	<p><b>การพิจารณาเอกสาร</b> <span style="float: right;">0.5 วัน <input type="radio"/></span></p> <p>รับเรื่องวันที่..... เวลา.....น.</p> <p>พิจารณาแล้วเสร็จวันที่..... เวลา.....น.</p> <p>เจ้าหน้าที่ Pre.....</p>
<p><b>การเสนอผลการพิจารณา</b> <span style="float: right;">1 วัน <input type="radio"/></span></p> <p>รับเรื่องจากกลุ่ม Pre วันที่..... เวลา.....น.</p> <p>เสนอ ผอ. ลงนามวันที่..... เวลา.....น. รับเรื่องคืนวันที่..... เวลา.....น.</p> <p>ออกเลขและส่งเรื่องออกจากกองวันที่..... เวลา.....น.</p> <p>เจ้าหน้าที่ธุรการ.....</p>	<p><b>การตรวจสอบเอกสาร</b> <span style="float: right;">5 ชม. <input type="radio"/></span></p> <p>รับเรื่องจากเจ้าหน้าที่ผู้พิจารณาวันที่..... เวลา.....น.</p> <p>ตรวจสอบแล้วเสร็จวันที่..... เวลา.....น.</p> <p>หัวหน้ากลุ่ม Pre.....</p>
<p><b>การเตรียมเอกสารและส่งมอบงาน</b> <span style="float: right;">1 วัน <input type="radio"/></span></p> <p>รับเรื่องคืนวันที่..... เวลา.....น.</p> <p>จัดเตรียมเอกสารและพร้อมส่งมอบให้ผู้ประกอบการวันที่..... เวลา.....น.</p> <p>เจ้าหน้าที่ธุรการ.....</p>	<p><span style="float: right;">1 ชม. <input type="radio"/></span></p>

หมายเหตุ

- เวลาที่กำหนดไว้
- เวลาที่ใช้จริง
- เวลาที่ผู้ประกอบการใช้แก้ไขเอกสาร (ไม่นับเป็นเวลาดำเนินงาน)

เวลาที่กำหนดไว้ รวม 10 วันทำการ (ตรวจสอบที่กรุงเทพฯและปริมณฑล)  
เวลาที่ใช้จริง รวม.....วันทำการ

เลขรับที่..... วันที่..... ผู้รับคำขอ..... (สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)
--

 ย้าย

คำขอ

สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์หรือสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์

 เปลี่ยนแปลง

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า .....

ผู้รับอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ตามใบอนุญาตที่..... สิ้นอายุวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.....

ณ สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์ชื่อ .....

ตั้งอยู่เลขที่ .....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

โดยมี.....เป็นผู้ดำเนินกิจการแทนนิติบุคคล

 ขอย้าย สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์

ไปอยู่เลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

 สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์

จากเลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

ไปอยู่เลขที่.....  
ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ขอเปลี่ยนแปลง

สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์

สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์

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

พร้อมคำขอนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วยคือ

(๑) ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์หรือใบแทนใบอนุญาต

(๒) แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานที่ขายเครื่องมือแพทย์หรือสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์แห่งใหม่และ  
สิ่งปลูกสร้างที่อยู่ในบริเวณใกล้เคียง จำนวน ๒ ชุด

(๓) แผนผังภายในบริเวณสถานที่ขายเครื่องมือแพทย์หรือสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์แห่งใหม่ที่  
ถูกต้องตามมาตรฐาน จำนวน ๒ ชุด

(๔) เอกสารแสดงรายละเอียดของการเปลี่ยนแปลงสถานที่ขายเครื่องมือแพทย์หรือสถานที่เก็บ  
เครื่องมือแพทย์ จำนวน ๒ ชุด

(๕) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

ลายมือชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

---

หมายเหตุ : ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ