

คำรับรองของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน
เกี่ยวกับการจัดให้มีเภสัชกรมาอยู่ปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาที่เปิดทำการ

เขียนที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

เป็นผู้รับอนุญาตร้านขายยาแผนปัจจุบันชื่อ.....ตั้งอยู่เลขที่.....

ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัดกาญจนบุรี โทร.....

ข้าพเจ้าได้ทราบ และเข้าใจหน้าที่ ความรับผิดชอบของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันตาม พรบ.ยา
พ.ศ.๒๕๑๐ ในการจัดให้มีเภสัชกรอยู่ปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาทำการ และหากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามที่กฎหมาย
กำหนด ข้าพเจ้าต้องรับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด รวมทั้งอาจถูกเพิกถอนใบอนุญาต

ข้าพเจ้าได้อ่าน และเข้าใจถ้อยคำดังกล่าวทั้งหมด จึงได้ลงลายมือชื่อเป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำรับรอง
(.....)