

เลขรับที่
วันที่
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

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

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความและเอกสารหรือหลักฐานทั้งหมดที่ยื่นเพื่อประกอบคำขอรับใบอนุญาตเป็นความจริงทุกประการ

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

หมายเหตุ : (๑) ให้ยื่นคำขอ ๑ ฉบับต่อ ๑ ใบอนุญาตเท่านั้น

(๒) ให้ขีดเลือกข้อความในช่อง / ให้ตรงตามที่ประสงค์จะดำเนินการ และให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

(๓) รับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ

(๔) กรณีการยื่นคำขอโดยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ เอกสารหรือหลักฐานประกอบคำขอให้เป็นไปตามระบบการยื่นทางอิเล็กทรอนิกส์ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด