

เอกสารคู่มือการใช้งาน  
สำหรับ ผู้ประกอบการ  
(User Manual)

# คู่มือการใช้งานระบบวัตถุเสพติด (คำขอรับใบแทนใบอนุญาต)

โปรดตรวจสอบรายละเอียดคู่มือฉบับล่าสุดได้ที่

<http://www.fda.moph.go.th/sites/narcotics/Pages/Main.aspx>

**ขอบเขตคู่มือนี้** อธิบายวิธีการขอรับใบแทนใบอนุญาต สำหรับประเภทใบอนุญาตดังนี้

- ใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 และ 4
- ใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2\*
- ใบอนุญาตครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท 2\*

จัดทำโดย

กองควบคุมวัตถุเสพติด



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา  
Food and Drug Administration

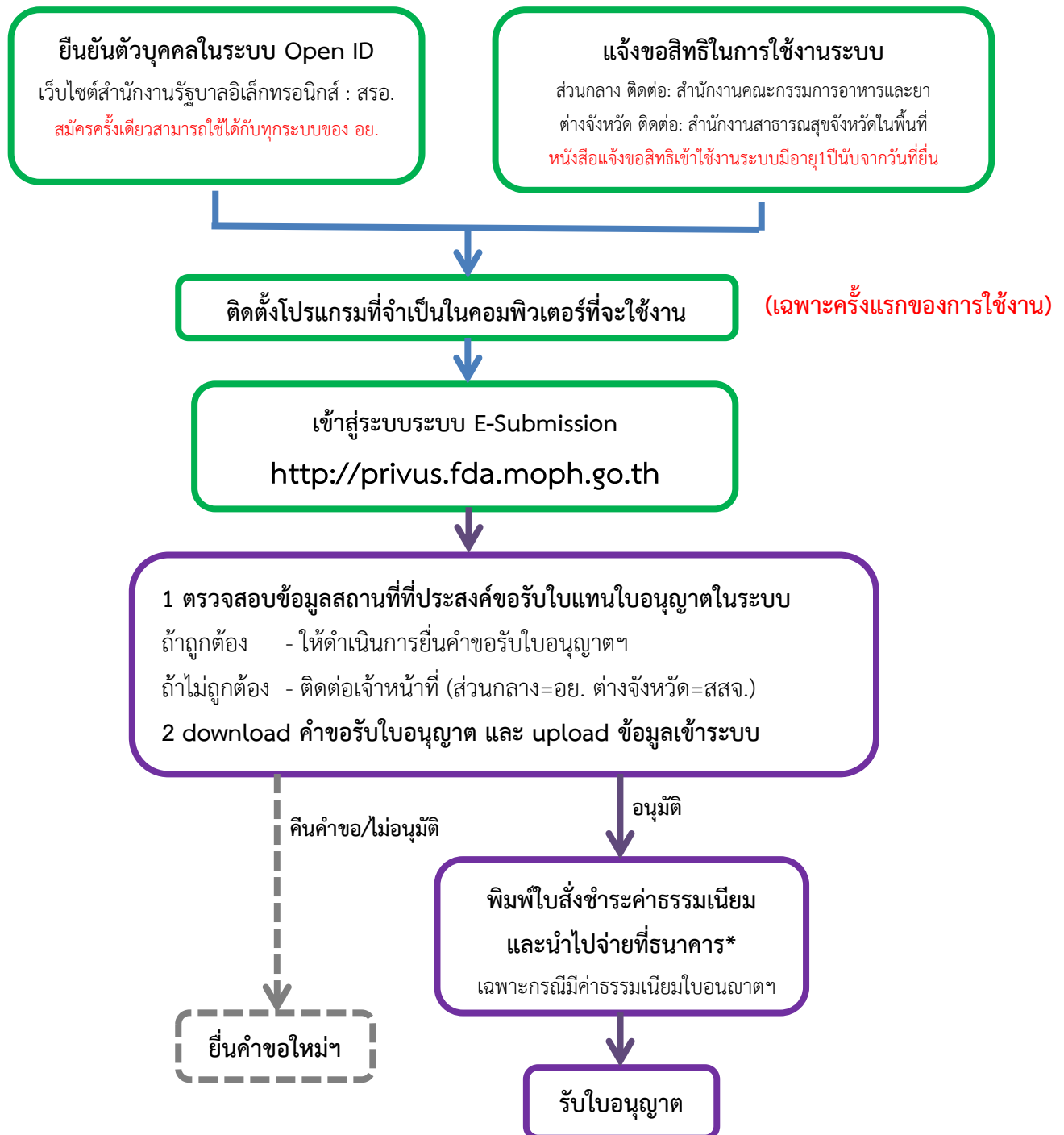
## ประวัติการแก้ไขปรับปรุง

แก้ไขครั้งที่	เดือน/ปี	รายละเอียดการแก้ไข
0	พฤษภาคม 2560	จัดทำคู่มือครั้งแรก

## สารบัญ

	หน้า
ขอบเขตคู่มือ	1
ภาพรวมการใช้งานระบบ e-Submission	1
ขั้นตอนการยืนยันตัวตนบุคคลในระบบ Open ID	2
การแจ้งสิทธิในการใช้งานระบบ e-Submission	9
การจัดส่งเอกสารประกอบการขอเปิดสิทธิเพื่อเข้าใช้งานระบบ e-Submission	10
การติดตั้งโปรแกรมที่จำเป็นในคอมพิวเตอร์ที่จะใช้งาน	11
การเข้าใช้งานระบบ e-Submission การยื่นคำขอรับใบแทนใบอนุญาต)	13
การชำระค่าธรรมเนียมใบอนุญาต	21
สรุปภาพรวมการใช้งานระบบสารสนเทศ	24
ภาคผนวก	
ตัวอย่างหนังสือแจ้งความประสงค์ กรณีผู้ดำเนินขอใช้งานระบบด้วยตัวเอง	ผ1
ตัวอย่างหนังสือแจ้งความประสงค์ กรณีผู้รับมอบอำนาจขอใช้งานระบบใบอนุญาตฯ	ผ2

## ภาพรวมการใช้งานระบบ e-Submission



\*กรณีเป็นผู้ประกอบการที่ยื่นคำขอ กับ สสจ การชำระค่าธรรมเนียมขึ้นกับ สสจ ในพื้นที่นั้นๆ  
ขั้นตอนการชำระค่าธรรมเนียม อาจมีการเปลี่ยนแปลง ปรับการดำเนินการตาม ม.44

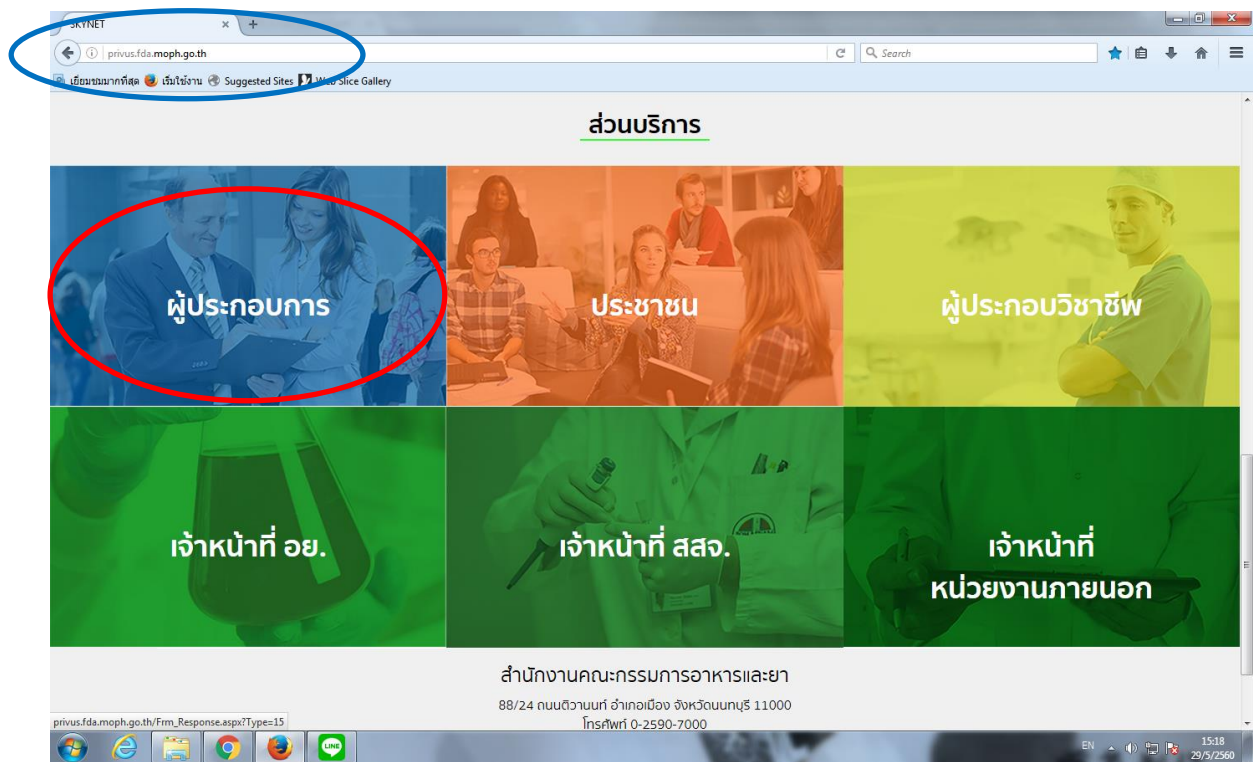
ยืนยันตัวบุคคลในระบบ Open ID เว็บไซต์สำนักงานรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์ : สรอ.  
(สมัครครั้งเดียวสามารถใช้ได้กับทุกระบบของ อย.)

การสร้างบัญชีผู้ใช้งานและการกำหนดรหัสผ่าน สามารถดำเนินการได้ที่สำนักงานรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์ (องค์การมหาชน) [www.egov.go.th] กรณีที่เคยสร้างบัญชีผู้ใช้งานไว้แล้ว สามารถข้ามขั้นตอนนี้ได้  
**หากมีปัญหาในการสมัครเพื่อสร้างบัญชีผู้ใช้งาน**  
**โปรดติดต่อ contact@ega.or.th หรือ โทร (+66) 0 2612 6000 โดยแจ้งว่ามีปัญหาในการขอ OpenID**

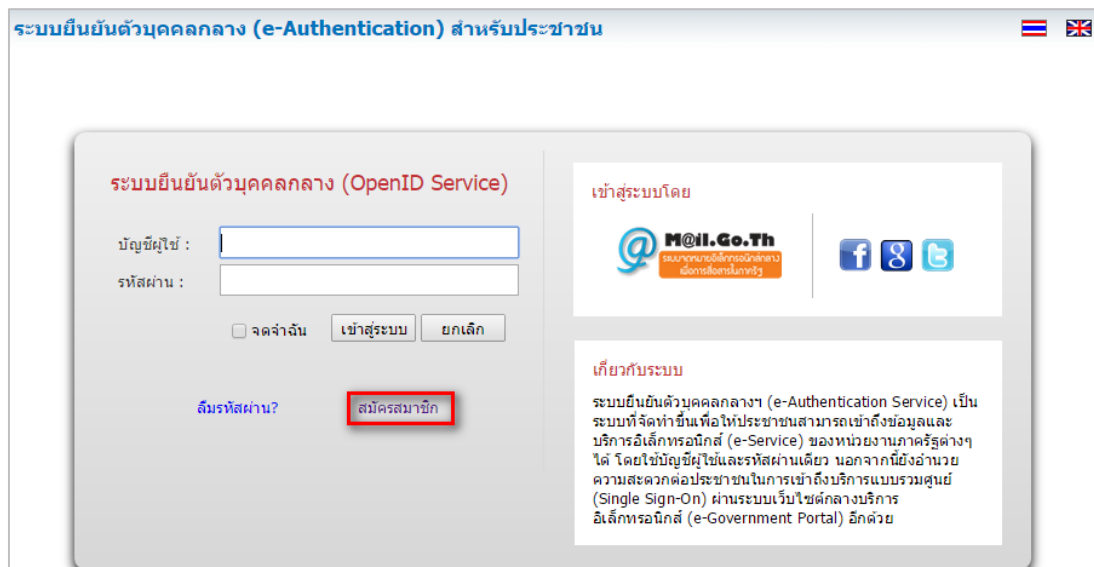
1. การสมัครสมาชิกระบบ สรอ. เพื่อลงทะเบียนเข้าใช้งานระบบ ทำได้ 2 ช่องทางดังนี้

**ช่องทางแรก** ผู้ใช้งานลงทะเบียนเพื่อสมัครสมาชิกของ Open ID (สรอ.) โดยเข้าที่ URL:

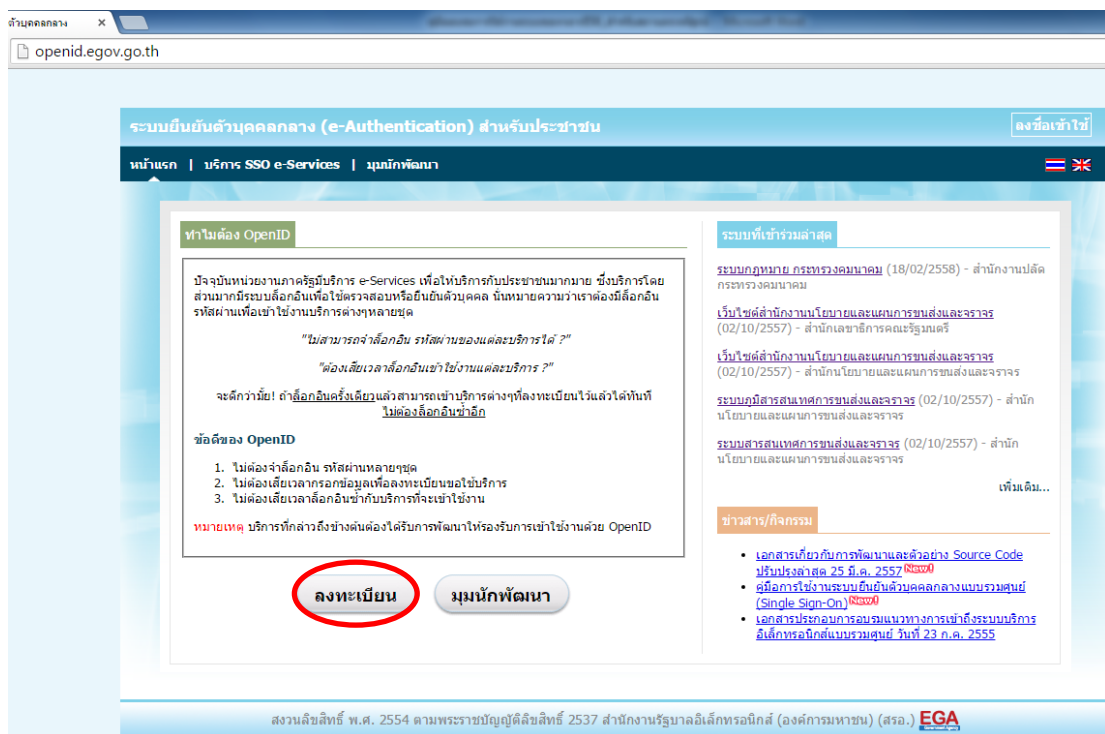
<http://privus.fda.moph.go.th/> จากนั้น click เพื่อเลือกประเภทผู้ใช้งาน ในกรณีที่ผู้ใช้งานเป็นผู้ประกอบการ ให้เลือกที่ icon รูปบุคคลทั่วไป



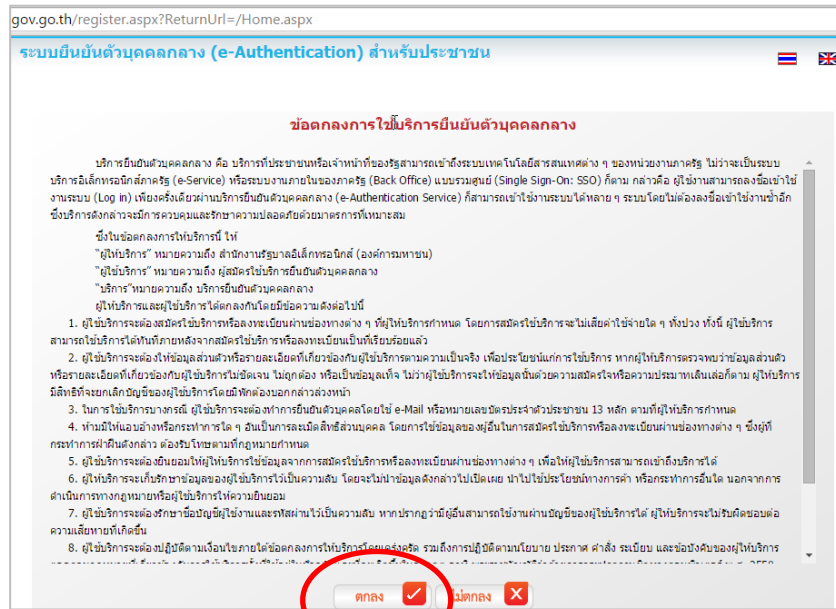
ระบบจะแสดงหน้าจอเพื่อไปยังการ “สมัครสมาชิก” ให้ click สมัครสมาชิก



ช่องทางสอง ผู้ใช้งานลงทะเบียนเพื่อสมัครสมาชิกของ Open ID (สรอ.) โดยเข้าที่ URL: <http://openid.egov.go.th/> จากนั้น click เพื่อเลือก “ลงทะเบียน”



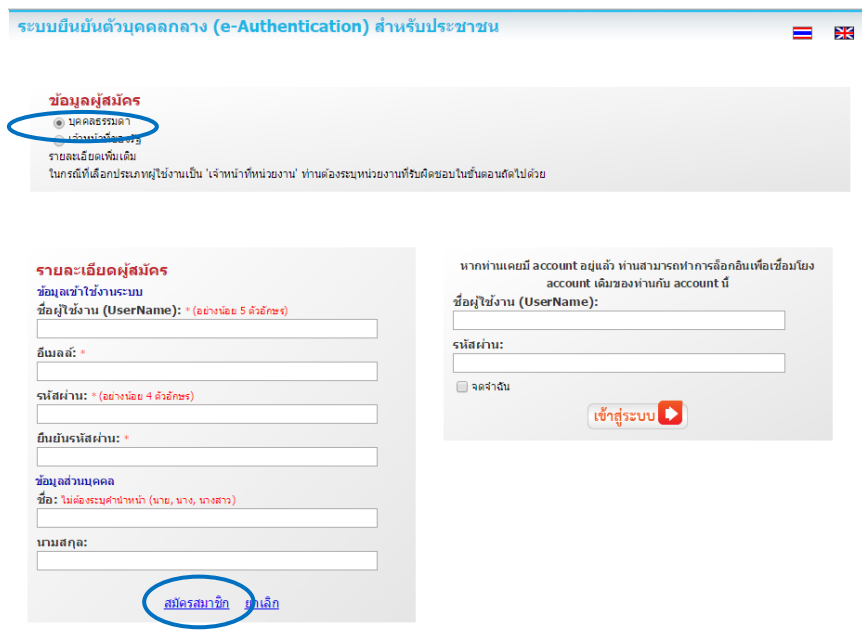
2. ผู้ใช้งานอ่านรายละเอียดเพื่อรับทราบข้อตกลงการใช้บริการยืนยันตัวบุคคลกลาง จากนั้น click ตกลง



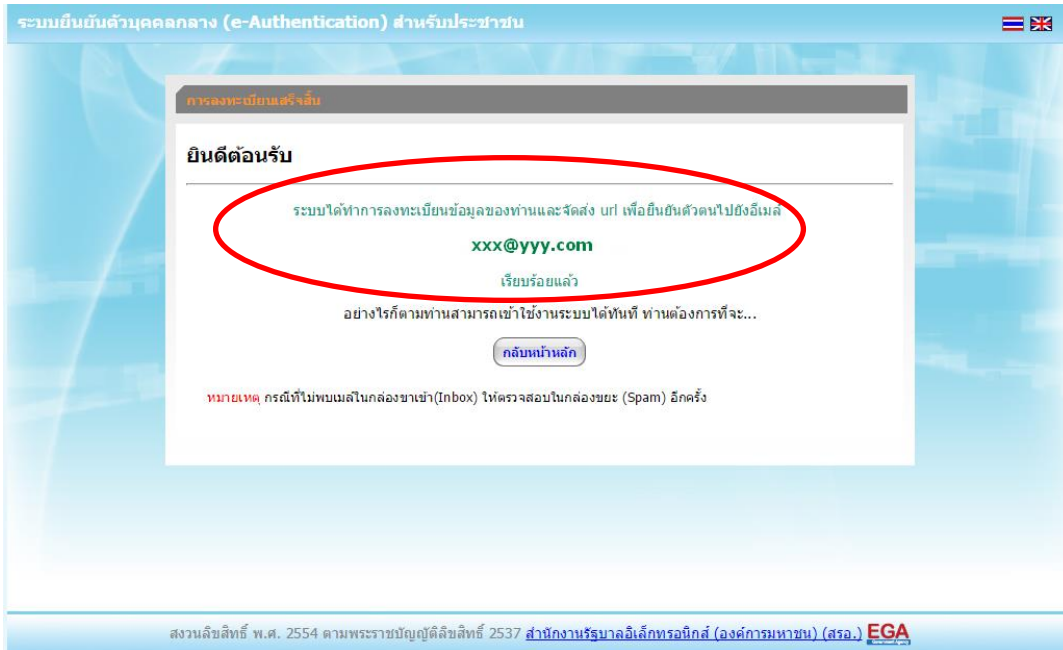
3. ผู้ใช้งานกรอกข้อมูลผู้สมัคร และรายละเอียดผู้สมัคร จากนั้น click “สมัครสมาชิก”

**\*\*ข้อมูลผู้สมัครขอให้เลือกเป็น “บุคคลธรรมดา” เท่านั้น\*\***

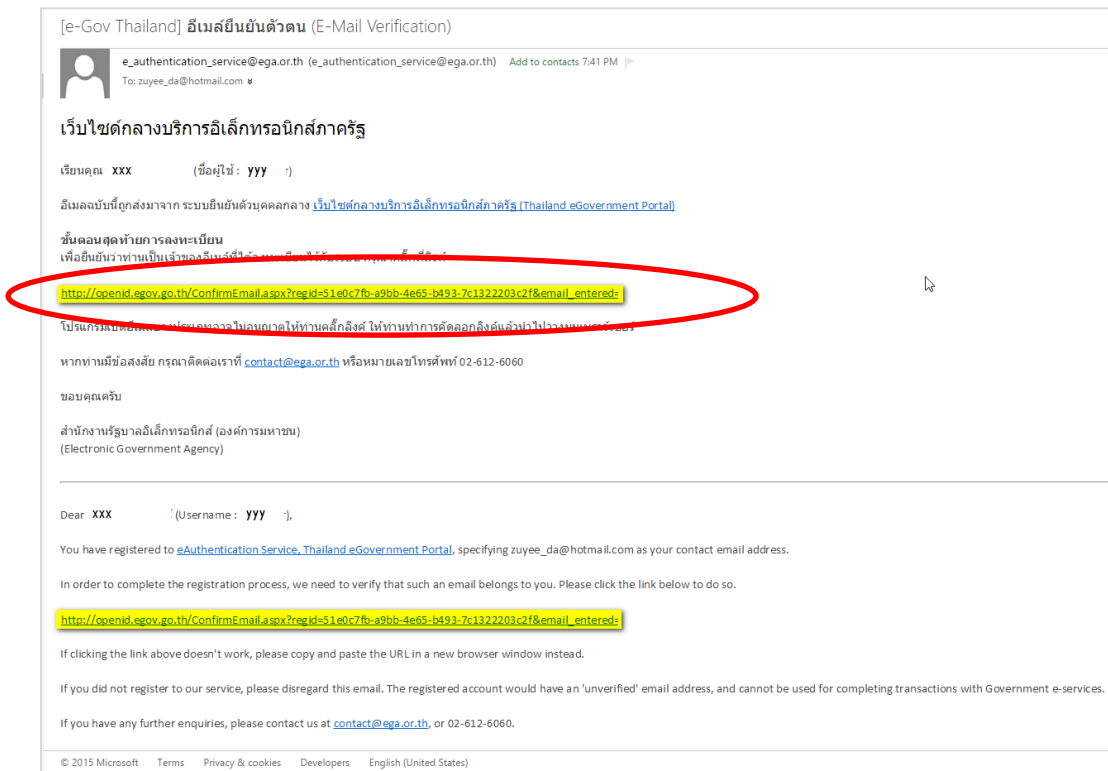
การกำหนดรหัสผ่านขอให้ กำหนดมากกว่า 8 ตัวอักษร



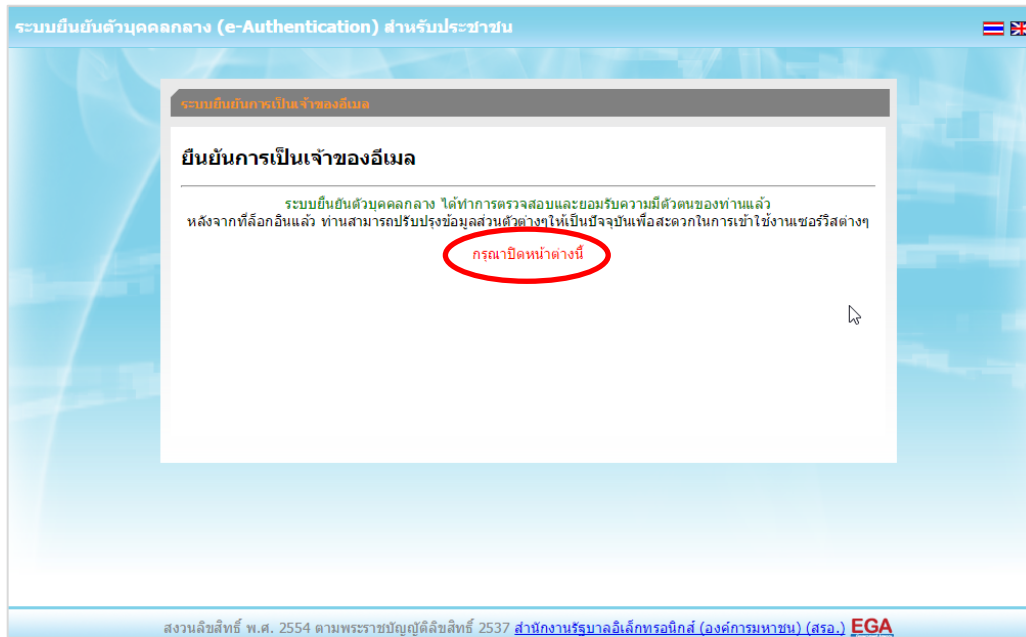
4. ระบบจะแสดงข้อความการลงทะเบียนเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ซึ่งจะต้องทำการยืนยันตัวตนโดยเปิด e-mail ตามที่ได้แจ้งข้อมูลไปในรายละเอียดผู้สมัคร



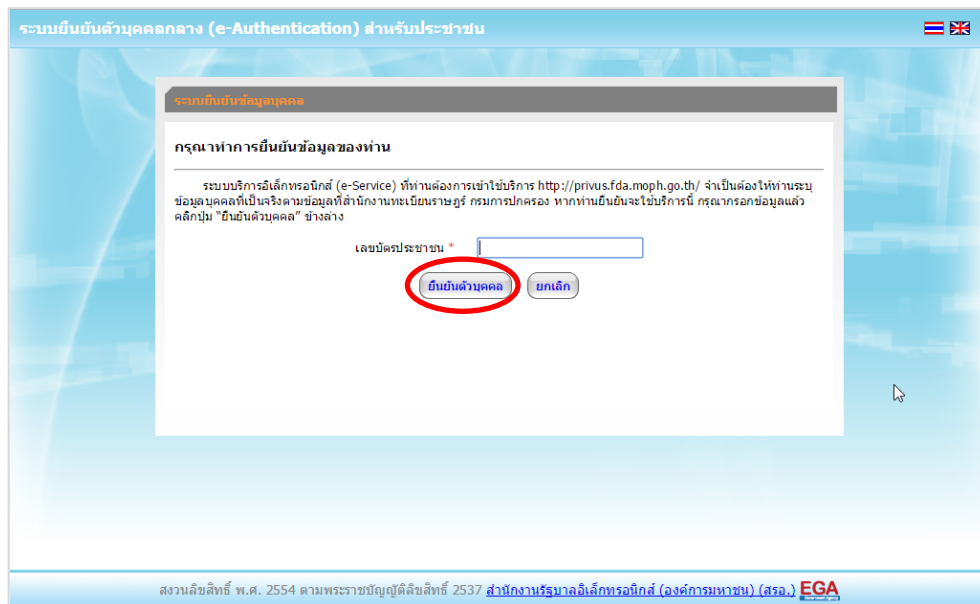
5. เมื่อผู้ใช้งานเปิด e-Mail ตามที่ระบุในรายละเอียดผู้สมัคร จะพบ e-Mail ดังภาพ ผู้ใช้งาน click ที่ Link หรือ copy URL ไปเปิดใน Browser เพื่อยืนยันตัวบุคคล



6. เมื่อ click link ระบบจะแสดงดังภาพ จากนั้นกด ปิดหน้าต่าง



7. ระบบจะนำ ผู้ใช้งานเข้าไปที่ URL : <http://privus.fda.moph.go.th/> อีกครั้ง ระบบจะให้ทำการยืนยันตัวตนโดยให้ผู้ใช้งาน ระบุเลขบัตรประจำตัวประชาชน ของตัวท่านเอง จากนั้นคลิก“ยืนยันตัวตน”





8. จากนั้นระบบจะให้ระบุข้อมูลเพื่อยืนยันตัวตนบุคคล กดปุ่มยืนยันเลข 13 หลัก เมื่อกรอกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว กดปุ่ม “ยืนยัน”

ระบบยืนยันตัวตนกลาง (e-Authentication) สำหรับประชาชน ลงชื่อออก

ข้อมูลผู้ใช้ | เปลี่ยนรหัสผ่าน | การเชื่อมโยงกับ Social Network | ประวัติการเข้าระบบ

---

รายละเอียดการใช้งาน

[ยืนยันอีเมล](#) | **ยืนยันเลข 13 หลัก** | [แก้ไขข้อมูลส่วนบุคคล](#) | [มีเอกสาร](#)

### ข้อมูลส่วนบุคคล (ดูรายละเอียดแบบ XML)

ข้อมูลทั่วไป	ข้อมูลติดต่อสื่อสาร																								
<table border="1"> <tr><td>เพศ</td><td>--</td></tr> <tr><td>ตำแหน่ง/อาชีพ</td><td>--</td></tr> <tr><td>ชื่อ</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>นามสกุล</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>วัน-เดือน-ปีเกิด</td><td>--</td></tr> <tr><td>อาชีพ</td><td>--</td></tr> </table>	เพศ	--	ตำแหน่ง/อาชีพ	--	ชื่อ	<input type="text"/>	นามสกุล	<input type="text"/>	วัน-เดือน-ปีเกิด	--	อาชีพ	--	<table border="1"> <tr><td>อีเมลสำหรับใช้ในระบบ</td><td><a href="#">@hotmail.com</a> <input checked="" type="checkbox"/> <a href="#">แก้ไข</a></td></tr> <tr><td>อีเมลสำรอง</td><td>--</td></tr> <tr><td>โทรศัพท์</td><td>--</td></tr> <tr><td>มือถือ</td><td>--</td></tr> <tr><td>ส่ง SMS แจ้ง เวลาเข้าทำงาน</td><td>ไม่ส่ง SMS แจ้งเตือน</td></tr> </table>	อีเมลสำหรับใช้ในระบบ	<a href="#">@hotmail.com</a> <input checked="" type="checkbox"/> <a href="#">แก้ไข</a>	อีเมลสำรอง	--	โทรศัพท์	--	มือถือ	--	ส่ง SMS แจ้ง เวลาเข้าทำงาน	ไม่ส่ง SMS แจ้งเตือน		
เพศ	--																								
ตำแหน่ง/อาชีพ	--																								
ชื่อ	<input type="text"/>																								
นามสกุล	<input type="text"/>																								
วัน-เดือน-ปีเกิด	--																								
อาชีพ	--																								
อีเมลสำหรับใช้ในระบบ	<a href="#">@hotmail.com</a> <input checked="" type="checkbox"/> <a href="#">แก้ไข</a>																								
อีเมลสำรอง	--																								
โทรศัพท์	--																								
มือถือ	--																								
ส่ง SMS แจ้ง เวลาเข้าทำงาน	ไม่ส่ง SMS แจ้งเตือน																								
ข้อมูลที่อยู่	ข้อมูลบัตรประชาชน																								
<table border="1"> <tr><td>บ้านเลขที่</td><td>--</td></tr> <tr><td>ชื่อหมู่บ้าน</td><td>--</td></tr> <tr><td>หมู่ที่</td><td>--</td></tr> <tr><td>ซอย</td><td>--</td></tr> <tr><td>ถนน</td><td>--</td></tr> <tr><td>ตำบล / อำเภอ / จังหวัด</td><td>--</td></tr> <tr><td>รหัสไปรษณีย์</td><td>--</td></tr> </table>	บ้านเลขที่	--	ชื่อหมู่บ้าน	--	หมู่ที่	--	ซอย	--	ถนน	--	ตำบล / อำเภอ / จังหวัด	--	รหัสไปรษณีย์	--	<table border="1"> <tr><td>เลขบัตรประชาชน</td><td>--</td></tr> <tr><td>ออกโดย</td><td>--</td></tr> <tr><td>วันที่ออก</td><td>--</td></tr> <tr><td>วันหมดอายุ</td><td>--</td></tr> <tr><td>สัญชาติ</td><td>--</td></tr> </table>	เลขบัตรประชาชน	--	ออกโดย	--	วันที่ออก	--	วันหมดอายุ	--	สัญชาติ	--
บ้านเลขที่	--																								
ชื่อหมู่บ้าน	--																								
หมู่ที่	--																								
ซอย	--																								
ถนน	--																								
ตำบล / อำเภอ / จังหวัด	--																								
รหัสไปรษณีย์	--																								
เลขบัตรประชาชน	--																								
ออกโดย	--																								
วันที่ออก	--																								
วันหมดอายุ	--																								
สัญชาติ	--																								

### ข้อมูลใช้งานระบบ

ข้อมูลผู้ใช้งาน	สถานะการใช้งาน												
<table border="1"> <tr><td>ชื่อผู้ใช้ (UserName)</td><td>บุคคลธรรมดา</td></tr> <tr><td>ประเภทผู้ใช้</td><td>บุคคลธรรมดา</td></tr> </table>	ชื่อผู้ใช้ (UserName)	บุคคลธรรมดา	ประเภทผู้ใช้	บุคคลธรรมดา	<table border="1"> <tr><td>วันที่สร้างผู้ใช้งาน</td><td>30 มิถุนายน 2558 15:21:50</td></tr> <tr><td>เข้าสู่ระบบล่าสุด</td><td>30 มิถุนายน 2558 15:25:19</td></tr> <tr><td>สถานะการออนไลน์</td><td><span style="color: green;">●</span> Online</td></tr> <tr><td>สถานะการใช้งาน</td><td>: ใช้งาน</td></tr> </table>	วันที่สร้างผู้ใช้งาน	30 มิถุนายน 2558 15:21:50	เข้าสู่ระบบล่าสุด	30 มิถุนายน 2558 15:25:19	สถานะการออนไลน์	<span style="color: green;">●</span> Online	สถานะการใช้งาน	: ใช้งาน
ชื่อผู้ใช้ (UserName)	บุคคลธรรมดา												
ประเภทผู้ใช้	บุคคลธรรมดา												
วันที่สร้างผู้ใช้งาน	30 มิถุนายน 2558 15:21:50												
เข้าสู่ระบบล่าสุด	30 มิถุนายน 2558 15:25:19												
สถานะการออนไลน์	<span style="color: green;">●</span> Online												
สถานะการใช้งาน	: ใช้งาน												

Smart Citizen Verification

### กรณการกรอกข้อมูลเพื่อยืนยันตัวตน

**ข้อมูลส่วนบุคคล**

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

ชื่อ  นามสกุล

---

**ข้อมูลเพื่อยืนยันตัวตน**

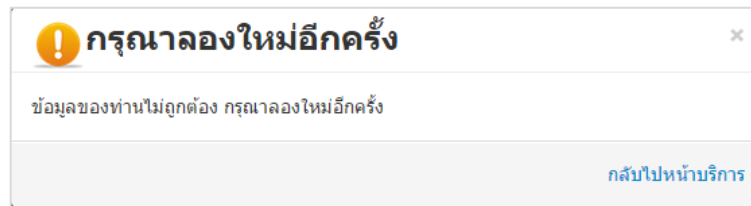
ชื่อบิดา  นามสกุลบิดา

ชื่อมารดา  นามสกุลมารดา

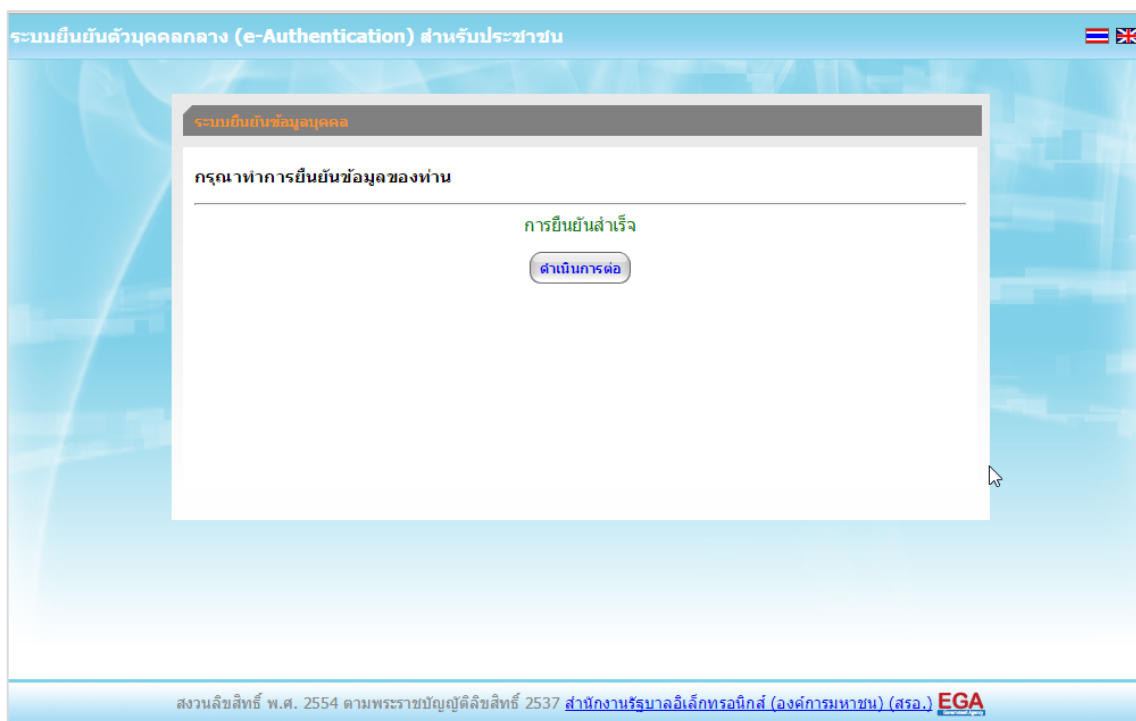
\* การระบุชื่อ ชื่อบิดา ชื่อมารดา ไม่ต้องระบุตำแหน่งชื่อ และระบุเป็นภาษาไทยเท่านั้น

หากพบปัญหาหรือข้อสงสัยในการใช้งาน สามารถติดต่อได้ที่ (+66) 0 26 12 6060 หรือ [helpdesk@ega.or.th](mailto:helpdesk@ega.or.th)  
 สงวนลิขสิทธิ์ พ.ศ. 2554 ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ 2537 สำนักงานรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์ (องค์การมหาชน) (สอว.)

กรณีกรอกข้อมูล “ไม่ถูกต้อง” ระบบจะแสดง Pop up เพื่อให้กรอกข้อมูลใหม่ โดยการ Click x (กากบาท) ด้านมุมบนขวามือ



กรณีกรอกข้อมูล “ถูกต้อง” ระบบจะแจ้งว่า “การยืนยันสำเร็จ” ดังภาพ เป็นการเสร็จสิ้นการสมัครเข้าใช้งานระบบ ซึ่งจะทำให้ท่านได้ username password สำหรับเข้าใช้งานระบบ



เมื่อคลิก “ดำเนินการต่อ” ผู้ใช้งาน จะสามารถเข้าใช้งานระบบ Privus ได้

## แจ้งขอสิทธิในการใช้งานระบบ หนังสือแจ้งขอสิทธิเข้าใช้งานระบบมีอายุ 1 ปี นับจากวันที่ยื่น

- ให้ผู้ใช้งานติดต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่แล้วแต่กรณี เพื่อขอเปิดสิทธิใช้งานระบบ โดยส่งเอกสาร (ตัวจริง) ประกอบการขอเปิดสิทธิเข้าใช้งานระบบ e-Submission สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ดังนี้

### กรณีเป็นผู้ดำเนินการ มีความประสงค์ขอใช้งานระบบด้วยตนเอง

1. ยื่นเอกสารประกอบการขอเปิดสิทธิเข้าใช้งานระบบ e-Submission กรณียื่นขอรับใบอนุญาต ต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ให้ยื่นเอกสารขอเปิดสิทธิ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ณ กองควบคุมวัตถุเสพติด ชั้น 5 ตึกเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด ออย. รายละเอียดดังนี้

(1.1) หนังสือแจ้งความประสงค์ขอใช้งานระบบ (ตัวอย่างในภาคผนวก) พร้อมสำเนา 1 ชุด

(1.2) สำเนาบัตรประชาชน/บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ/หนังสือเดินทางและใบอนุญาตทำงาน (แล้วแต่กรณี) ของผู้ใช้งาน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ของผู้ขอใช้งาน ที่ยังไม่หมดอายุ ณ วันที่ยื่นเอกสาร

(1.3) เฉพาะกรณีผู้รับอนุญาตเป็นนิติบุคคล ให้ส่งสำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนแสดงชื่อผู้มีอำนาจลงนามผูกพันบริษัทฯ ฉบับล่าสุด

(1.4) สำเนาใบอนุญาตที่ยังไม่หมดอายุ ในปีที่ยื่นเอกสาร ที่มีผู้ดำเนินการเป็นผู้รับรองสำเนาถูกต้อง

2. หลังจากยื่นหนังสือเรียบร้อยแล้ว เจ้าหน้าที่จะดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และดำเนินการเพิ่มสิทธิในการเข้าใช้งานระบบ ภายใน 3 วันทำการ

3. ผู้ขอใช้งานมีสิทธิใช้งานระบบสารสนเทศ ได้ไม่เกิน 1 ปี นับแต่วันที่ยื่นเอกสาร

### กรณีผู้รับมอบอำนาจเป็นผู้ขอใช้งานระบบ

1. ยื่นเอกสารประกอบการขอเปิดสิทธิเข้าใช้งานระบบ e-Submission กรณียื่นขอรับใบอนุญาตต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ให้ยื่นเอกสารขอเปิดสิทธิ ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ณ กองควบคุมวัตถุเสพติด ชั้น 5 ตึกเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด ออย. รายละเอียดดังนี้

(1.1) หนังสือมอบอำนาจ (รูปแบบตามตัวอย่างที่แนบท้าย) เข้าใช้ระบบสารสนเทศ ซึ่งระบุระยะเวลา มอบอำนาจไม่เกิน 1 ปี พร้อมติดอากรแสตมป์ 30 บาท ต่อ ผู้รับมอบอำนาจ 1 คน

[แนะนำให้จัดทำ 1 ฉบับต่อผู้รับมอบอำนาจ] พร้อมสำเนา 1 ชุด

(1.2) เฉพาะกรณีผู้รับอนุญาตเป็นนิติบุคคล ให้ส่งสำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนแสดงชื่อผู้มีอำนาจลงนามผูกพันบริษัทฯ ฉบับล่าสุด

(1.3) สำเนาบัตรประชาชน/บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ/หนังสือเดินทางและใบอนุญาต ทำงาน (แล้วแต่กรณี) ของผู้ใช้งาน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ ที่ยังไม่หมดอายุ ณ วันที่ยื่นเอกสาร

(1.4) สำเนาใบอนุญาตที่ยังไม่หมดอายุ ในปีที่ยื่นเอกสาร ที่มีผู้ดำเนินการเป็นผู้รับรองสำเนาถูกต้อง

2. หลังจากยื่นหนังสือเรียบร้อยแล้ว เจ้าหน้าที่จะดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และดำเนินการเพิ่มสิทธิในการเข้าใช้งานระบบ ภายใน 3 วันทำการ

3. ผู้ขอใช้งานมีสิทธิใช้งานระบบสารสนเทศ ได้ไม่เกิน 1 ปี นับแต่วันที่ยื่นเอกสาร

ทั้งนี้โปรดสอบถามความถูกต้อง ความครบถ้วน การรับรองสำเนา การเลือกและลงรายการต่างๆ ก่อนยื่นเอกสาร และข้อความต้องครบถ้วนตามเนื้อหาของตัวอย่างเอกสาร หากพบข้อบกพร่องอาจไม่ได้รับความสะดวกในการดำเนินการ

**\*สำคัญ\*** หากมอบอำนาจเรียบร้อยแล้ว มีการเปลี่ยนแปลง เช่น เจ้าหน้าที่โอนย้าย หรือลาออก ให้ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ ต้องแจ้งมายัง อย. เพื่อขอยกเลิกสิทธิการใช้งานดังกล่าวสำหรับเจ้าหน้าที่ท่านนั้นๆ ทันทีด้วย

กรณีผู้ประกอบการ ยื่นคำขอใบอนุญาตที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขอให้ ส่งเอกสารการเปิดสิทธิใช้งานระบบ ให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ รายละเอียดเอกสารที่ประกอบการยื่นขอเปิดสิทธิขอให้ติดต่อสอบถามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่นั้นๆ

### การจัดส่งเอกสารประกอบการขอเปิดสิทธิเพื่อเข้าใช้งานระบบ

#### กรณีผู้ประกอบการฯ ยื่นคำขอรับใบอนุญาตกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

- ให้ผู้ใช้งานติดต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยจัดส่งเอกสารการมอบอำนาจเพื่อเปิดสิทธิเข้าใช้งานระบบ มาตามที่อยู่ คือ หนังสือถึงผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติด กลุ่มพัฒนาระบบ กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02 590 7771-3 โทรสาร 02 590 7772 ,02 590 7314

#### กรณีผู้ประกอบการฯ ยื่นคำขอรับใบอนุญาตกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่

- ให้ผู้ใช้งานติดต่อเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ รายละเอียดเพิ่มเติม ติดต่อที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่

## ติดตั้งโปรแกรมที่จำเป็นในคอมพิวเตอร์ที่จะใช้งาน (เฉพาะครั้งแรกของการใช้งาน)

ให้ติดตั้งโปรแกรมที่จำเป็นในคอมพิวเตอร์ที่จะใช้งานตามลำดับดังนี้

1. โปรแกรมเว็บเบราว์เซอร์ Mozilla Firefox



2. Acrobat Reader 10.0 ขึ้นไป หรือ Acrobat Reader

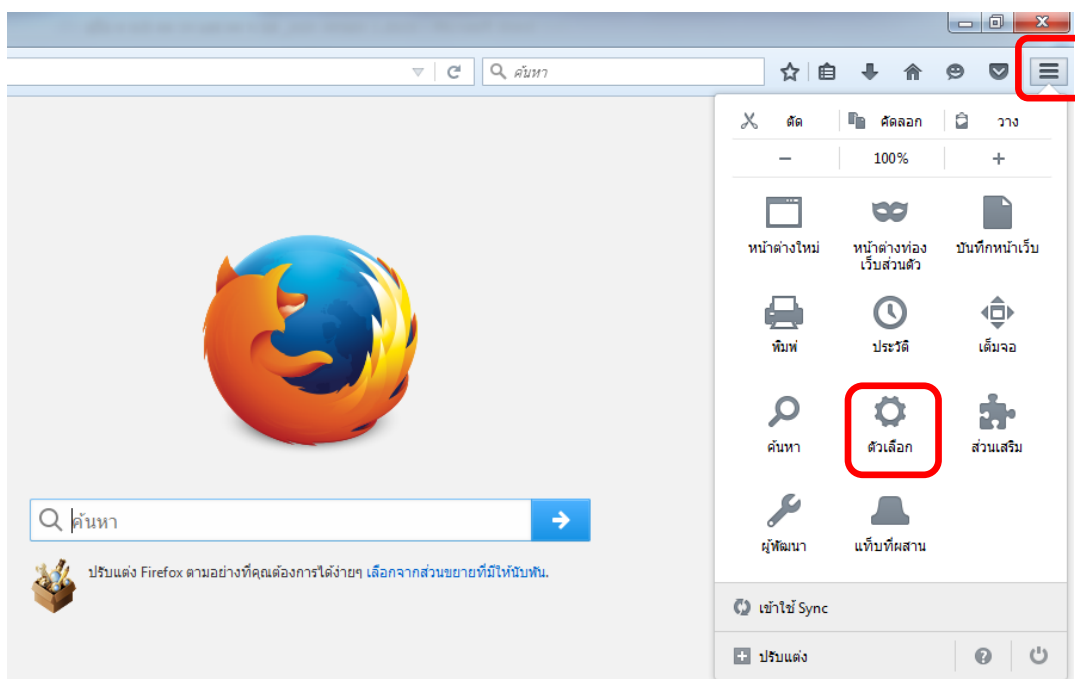


3. Font Pack DC (เพื่อป้องกันเรื่อง Adobe reader acrobat ไม่รู้จักภาษาไทย)

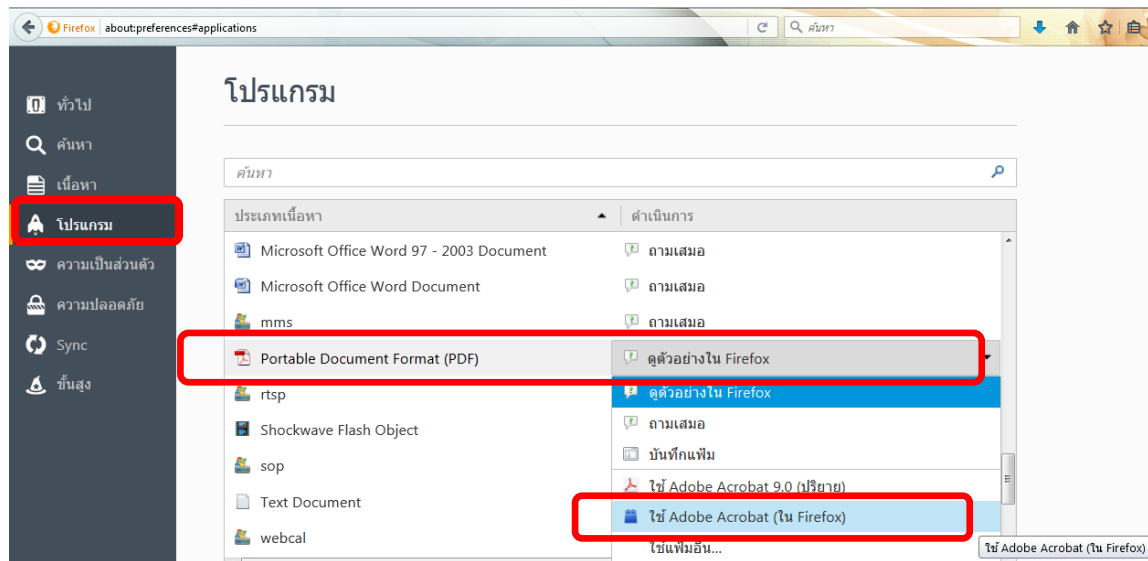
4. Font “TH Sarabun PSK” สามารถ download ได้จาก [www.sipa.or.th](http://www.sipa.or.th)

เพื่อให้การใช้งานระบบ e-Submission ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สมบูรณ์  
เมื่อติดตั้ง โปรแกรม Mozilla Firefox แล้ว ให้ผู้ใช้งานตั้งค่าดังนี้

1. เปิดโปรแกรม Mozilla Firefox
2. คลิกที่ปุ่ม Open menu (รูปขีดสามขีด) และคลิกที่ตัวเลือก (Option)



- เมื่อเข้าสู่หน้า ตัวเลือก (Option) คลิกที่ “โปรแกรม” ที่อยู่ทางซ้าย แล้วหาประเภทเนื้อหา(Content Type) ชื่อ Portable Document Format (PDF) คลิกฝั่งดำเนินการ ( Action) เลือก “ใช้ Adobe Acrobat (ใน Firefox)” (Use Adobe Acrobat (in Firefox))



จะได้ตามรูป



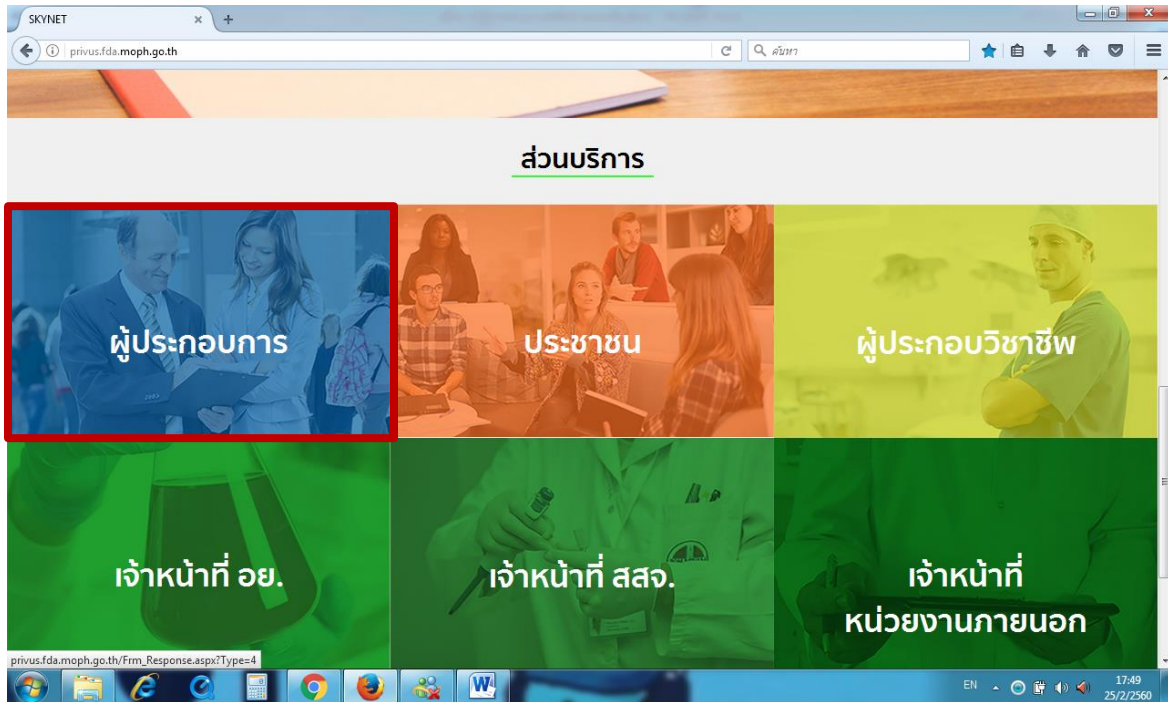
- ปิดโปรแกรม Mozilla Firefox แล้วเปิดใหม่ เพื่อเข้าสู่การใช้งานระบบ e-Submission ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

หมายเหตุ : สามารถ download โปรแกรมข้างต้นได้จากหน้าระบบ Privus ดังภาพ



## ขั้นตอนการใช้งานระบบวัตถุเสพติด (คำขอรับใบแทนใบอนุญาต)

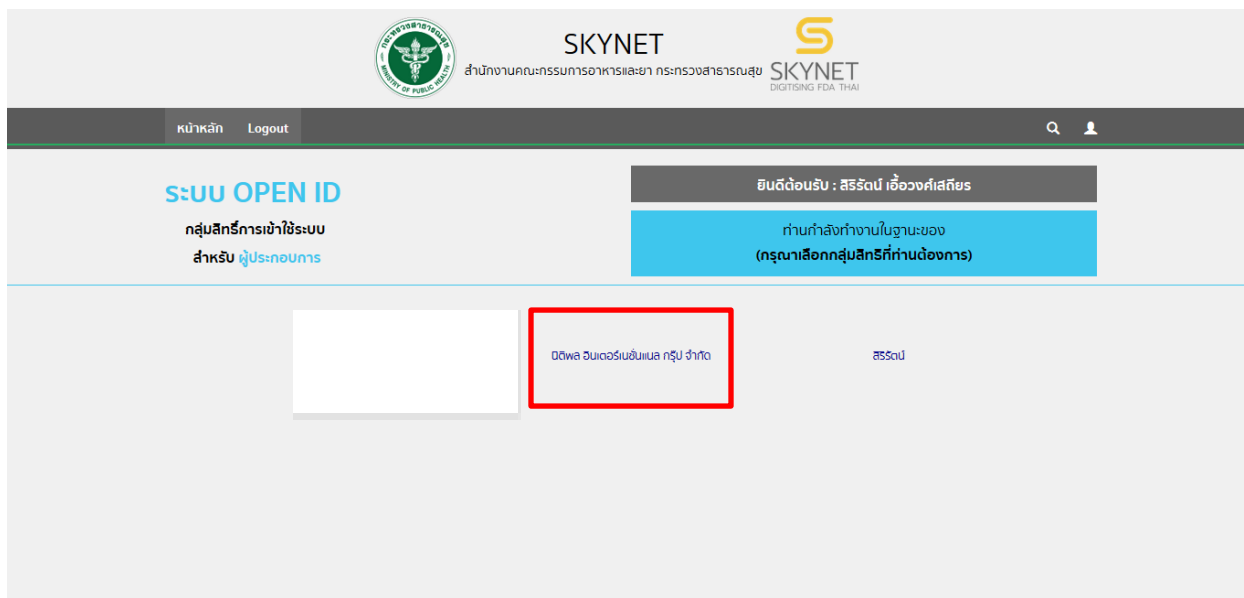
- 1 เมื่อผู้ใช้งานได้รับการเปิดสิทธิเข้าใช้งานระบบเรียบร้อยแล้ว ผู้ใช้งานสามารถเข้าใช้งานระบบ โดยเข้าไปที่ URL : [privus.fda.moph.go.th](http://privus.fda.moph.go.th) จากนั้นเลือกประเภทผู้ใช้งานเลือกที่ปุ่มผู้ประกอบการ



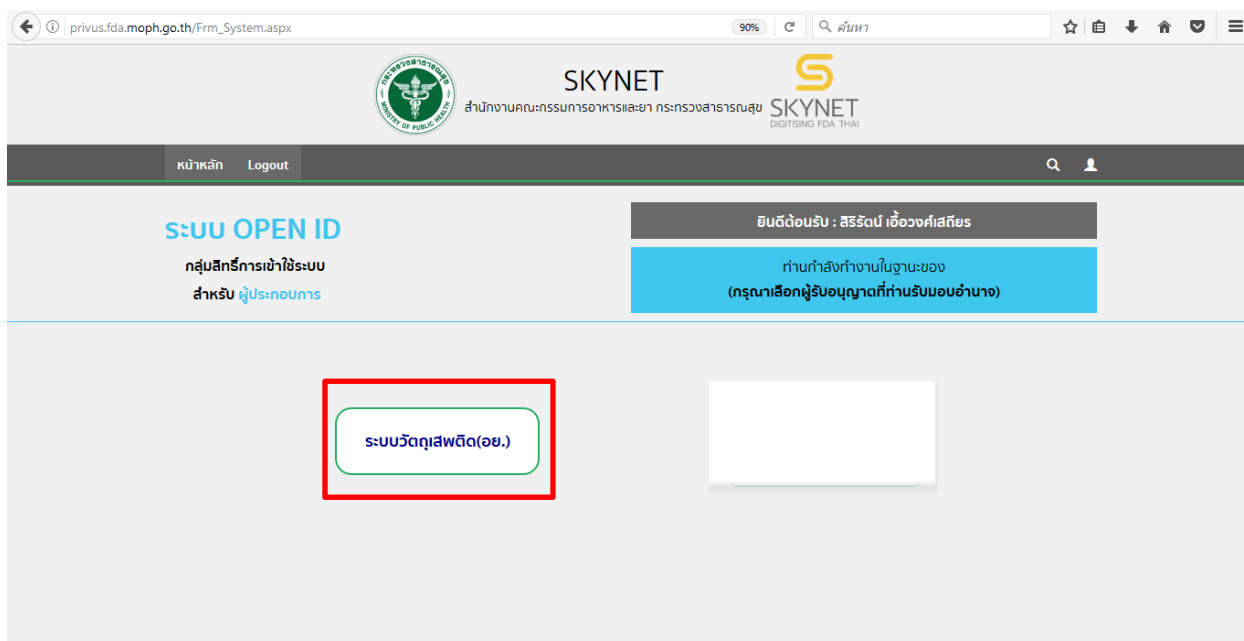
- 2 จากนั้นระบบจะให้ ระบุบัญชีผู้ใช้ และรหัสผ่าน โดยกรอกข้อมูลบัญชีผู้ใช้ และรหัสผ่านที่ได้จากการสมัครใช้งานระบบ Open ID จากนั้น คลิกเข้าสู่ระบบ ดังภาพ

A screenshot of the OpenID Service login page. The page title is "ระบบยืนยันตัวตนกลาง (OpenID Service)". It features a login form with fields for "บัญชีผู้ใช้" (Username) and "รหัสผ่าน" (Password). Below the password field, there are three buttons: "จดจำฉัน" (Remember me), "เข้าสู่ระบบ" (Login), and "ยกเลิก" (Cancel). The "เข้าสู่ระบบ" button is highlighted with a red border. To the right of the login form, there are social media icons for M@il.Go.Th, Facebook, Google+, and Twitter. Below the login form, there is a section titled "เกี่ยวกับระบบ" (About the system) which provides information about the e-Authentication Service and its integration with other government services like e-Service and e-Government Portal.

3. เมื่อกรอกชื่อบัญชีผู้ใช้งานและรหัสผ่านถูกต้อง ระบบจะแสดงรายชื่อบุคคลหรือนิติบุคคลที่ท่านมีสิทธิดำเนินการ จากนั้นกดเลือก รายชื่อที่ต้องการดำเนินการ ดังภาพ



4. จากนั้นให้ผู้ประกอบการ กดเลือก ระบบวัตถุประสงค์ ออ.





5. ให้ผู้ประกอบการกวดตรงคำว่า สถานที่จำลอง (1) และกวดเลือกสถานที่ ที่มีใบอนุญาตที่จะทำการขอใบแทน (2) จากนั้นกดปุ่ม เลือกข้อมูล (3)

**ระบบยาเสพติด**  
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

หน้าแรก ออกจากระบบ นิตยสาร อินเทอร์เน็ต แอปพลิเคชัน กรู๊ป จำกัด สสว.คณ. เมืองท่าเสด็จ

■ สถานที่จำลอง

นิติพลคลินิก สาขาบางบัวทอง	บ้านเลขที่ 30/39-50 ซอยเดอะมอลล์รามวงษ์บ้าน บางบัวทอง ต.บ้านบางระจัน อ.บางบาล จ.พระนครศรีอยุธยา 11000	025500623	เลือกข้อมูล
นิติพลคลินิก สาขาเดอะมอลล์ บางกะปิ	บ้านเลขที่ 3522 ซอยเลขที่ 2 เลน ซ. 19 ชั้น 2 ศูนย์การค้าเดอะมอลล์บางกะปิ ซอย ถนนลาดพร้าว หมู่ 5 ซอยคลองจั่น อ.บางกะปิ จ.กรุงเทพฯ 10240	0 2734 1965	เลือกข้อมูล
นิติพลคลินิก สาขาสีลม	บ้านเลขที่ 24,26 ซอย ถนนสีลม หมู่ 5 ซอยคลองจั่น อ.บางนา จ.กรุงเทพฯ 10500	0 2632 8942	เลือกข้อมูล
นิติพลคลินิก สาขา...	บ้านเลขที่ 275 ซอย 1 เสน่ห์ 2 ชั้น 2 ศูนย์การค้าเดอะมอลล์บางแค ซอย ถนนเพชรเกษม หมู่ 1 ซอยบางแคเหนือ อ.บางแค จ.กรุงเทพฯ 10160	0 2454 9422	เลือกข้อมูล
นิติพลคลินิก สาขา...	บ้านเลขที่ 2095/7-8 ซอย ถนนพหลโยธิน หมู่ 5 ซอยลาดยาว อ.บางเขน จ.กรุงเทพฯ 10900	0 2941 0326	เลือกข้อมูล
นิติพลคลินิก สาขา...	บ้านเลขที่ 55 ซอยเลขที่ 3032 ชั้น 3 อาคารศูนย์การค้าวีคอนสแตรด์ ซอย ถนนศรีนครินทร์ หมู่ 5 ซอยบางนาบอน อ.บางนา จ.กรุงเทพฯ 10250	0 2721 8939	เลือกข้อมูล
นิติพลคลินิก สาขา...	บ้านเลขที่ 395,397 ซอย ถนนรามคำแหง หมู่ 5 ซอยสวนพริก อ.บางนา จ.กรุงเทพฯ 10240	0 2318 0577	เลือกข้อมูล
นิติพลคลินิก สาขา...	บ้านเลขที่ 745/26-28 ซอย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ หมู่ 5 ซอยถนนพญาไท อ.บางนา จ.กรุงเทพฯ 10400	0 2653 4742	เลือกข้อมูล
นิติพลคลินิก สาขา...	บ้านเลขที่ 165/6-7 ซอย ถนนสมเด็จพระปิ่นเกล้า หมู่ 5 ซอยคลองจั่น อ.บางนา จ.กรุงเทพฯ 10700	0 2882 4514	เลือกข้อมูล
นิติพลคลินิก สาขา...	บ้านเลขที่ 109/10 ซอยเลขที่ 213 ชั้น 2 ศูนย์การค้าเซ็นทรัลพลาซ่ารามอินทรา ซอย ถนนรามอินทรา หมู่ 3 ซอยดอนสวรรค์ อ.บางเขน จ.กรุงเทพฯ 10220	0 2552 7951-2	เลือกข้อมูล
นิติพลคลินิก สาขา...	บ้านเลขที่ 597/4 ซอย ถนนสุขุมวิท หมู่ 5 ซอยคลองจั่นเหนือ อ.บางนา จ.กรุงเทพฯ 10110	0 2662 2639	เลือกข้อมูล
นิติพลคลินิก สาขา...	บ้านเลขที่ 128 ซอยเลขที่ 247 ชั้น 2 ศูนย์การค้าเซ็นทรัลพลาซ่าพระราม 2 ซอย ถนนพระราม 2 หมู่ 6 ซอยสมเด็จพระเจ้า อ.บางขุนเทียน จ.กรุงเทพฯ 10150	0 2872 4275	เลือกข้อมูล
นิติพลคลินิก สาขา...	บ้านเลขที่ 1 ศูนย์การค้าบิ๊กซีซูเปอร์เซ็นเตอร์ สาขาเดอะมอลล์ ซอย ถนนพหลโยธิน หมู่ 5 ซอยดอนสวรรค์ อ.บางนา จ.กรุงเทพฯ 10220	0 2970 2522	เลือกข้อมูล

6. ผู้ประกอบการกวดที่ ใบอนุญาตที่อนุมัติแล้ว

**ระบบยาเสพติด**  
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

หน้าแรก ออกจากระบบ นิตยสาร อินเทอร์เน็ต แอปพลิเคชัน กรู๊ป จำกัด สสว.คณ. เมืองท่าเสด็จ

ใบอนุญาต สถานที่ยาเสพติด วจ  
1,2,3,4  
กส 2

■ ใบอนุญาตที่อนุมัติแล้ว

ประกาศ

รองรับการทำงานบนเบราว์เซอร์ Mozilla Firefox ตามไฟล์ด ที่นี้  
รองรับการทำงานบนโปรแกรม Adobe Acrobat Reader DC ตามไฟล์ด ที่นี้  
รองรับการทำงานด้วย FontPack ตามไฟล์ด ที่นี้  
รองรับการทำงานด้วย Font TH-Sarabun ตามไฟล์ด ที่นี้  
คู่มือการตั้งค่าโปรแกรม Mozilla Firefox ตามไฟล์ด ที่นี้

7. ระบบจะแสดง ข้อมูลใบอนุญาตที่มีการอนุญาตแล้วของสถานที่ที่ได้ทำการเลือก ให้ผู้ประกอบการ กดคำว่า คำขอใบแทน (1) โดยเลือกใบที่ทำการทำรายการคำขอใบแทนใบอนุญาต

**ระบบยาเสพติด**  
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

หน้าแรก ออกรายระบบ นิตพล อินทร์เย็นแนล กรุ๊ป จำกัด สิริรัตน์ เอื้องวงศ์เสถียร

ใบอนุญาต สถานที่ยาเสพติด วจ 1,2,3,4 ยส 2 ใบอนุญาตที่อนุมัติแล้ว

คำขอแก้ไข ต่ออายุ ใบแทน ใบอนุญาต

ชื่อผู้รับอนุญาต	ชื่อสถานที่	ชื่อผู้ดำเนินการ	ประเภทคำขอ	เลขใบอนุญาต	สถานะ
นิตพล อินทร์เย็นแนล กรุ๊ป จำกัด	นิตพลคลินิกเวชกรรม สาขาซีคอนสแควร์	นาง ทวีรัตน์ พานิชพงษ์พันธ์	ครอบครอง วจ2 สถานพยาบาล เอกชน	275/2560 (วจ.2)	อนุมัติ คำขอใบแทน คำขอต่ออายุ
นิตพล อินทร์เย็นแนล กรุ๊ป จำกัด	นิตพลคลินิกเวชกรรม สาขาซีคอนสแควร์	นาง ทวีรัตน์ พานิชพงษ์พันธ์	ครอบครอง วจ4 สถานพยาบาล เอกชน	234/2560 (วจ.4)	อนุมัติ คำขอใบแทน คำขอต่ออายุ

8. ระบบ จะแสดงข้อมูลใบอนุญาตที่ต้องการดำเนินการขอคำขอใบแทน

**ระบบยาเสพติด**  
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

หน้าแรก ออกรายระบบ นิตพล อินทร์เย็นแนล กรุ๊ป จำกัด สิริรัตน์ เอื้องวงศ์เสถียร

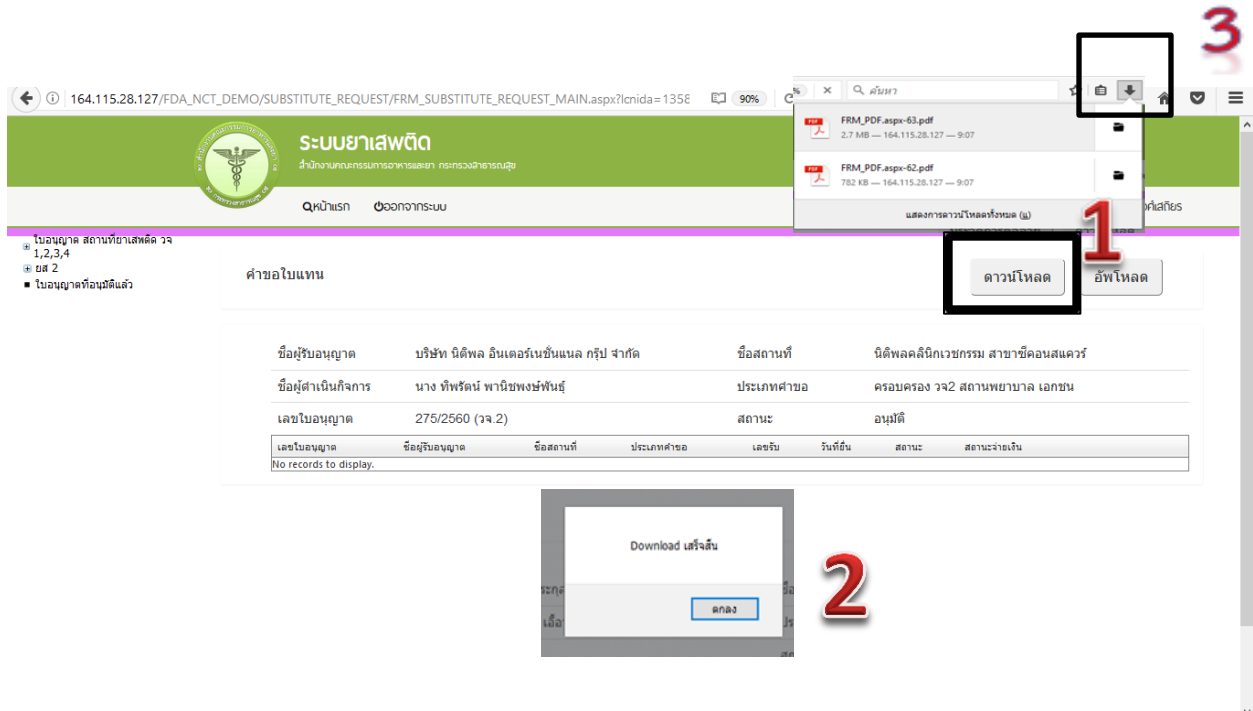
ใบอนุญาต สถานที่ยาเสพติด วจ 1,2,3,4 ยส 2 ใบอนุญาตที่อนุมัติแล้ว

คำขอใบแทน

ชื่อผู้รับอนุญาต	บริษัท นิตพล อินทร์เย็นแนล กรุ๊ป จำกัด	ชื่อสถานที่	นิตพลคลินิกเวชกรรม สาขาซีคอนสแควร์
ชื่อผู้ดำเนินการ	นาง ทวีรัตน์ พานิชพงษ์พันธ์	ประเภทคำขอ	ครอบครอง วจ2 สถานพยาบาล เอกชน
เลขใบอนุญาต	275/2560 (วจ.2)	สถานะ	อนุมัติ

เลขใบอนุญาต	ชื่อผู้รับอนุญาต	ชื่อสถานที่	ประเภทคำขอ	เลขรับ	วันที่อื่น	สถานะ	สถานะจ่ายเงิน
No records to display.							

9. ให้กด ดาวน์โหลด เพื่อดำเนินการดาวน์โหลดคำขอใบแทนใบอนุญาต(1) ระบบจะแสดงข้อความว่าดาวน์โหลดเสร็จสิ้น (2) ซึ่งท่านจะได้ แบบคำขอรับใบอนุญาต เป็นไฟล์ PDF เมื่อดาวน์โหลดเรียบร้อยแล้ว จะปรากฏกล่องข้อความแจ้ง ( ทั้งนี้ไฟล์จะถูก save ลงเครื่องอัตโนมัติ หรือถ้ามก่อนจะ save ขึ้นกับการตั้งค่า Firefox) สามารถกดดูไฟล์ที่ดาวน์โหลดที่ปุ่มลูกศรชี้ลงที่ มุมขวาด้านบน (3) ท่านจะได้ไฟล์คำขอรับใบแทน



10. จากนั้นกรอกข้อมูลในไฟล์ที่ดาวน์โหลดมาในข้อ 9 ได้แก่ เขียนที่ วันที่ อายุ และสัญชาติ (1) และ เหตุที่ขอใบแทนใบอนุญาต(2)

แบบ ค.จ. 4

เลขวันที่ \_\_\_\_\_  
วันที่ \_\_\_\_\_  
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นกรอก)

คำขอใบแทนใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครอง  
หรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์

ข้าพเจ้า \_\_\_\_\_ บริษัท นิตพล อินเทอร์เน็ตเซ็นทรัล กรุ๊ป จำกัด \_\_\_\_\_ ซึ่งมีผู้ดำเนินการ  
(ชื่อผู้ขอ ใบอนุญาตหรือบุคคล)

ชื่อ \_\_\_\_\_ นาง ทิพรดี พานิชพงษ์พันธ์ \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี สัญชาติ \_\_\_\_\_

อยู่เลขที่ \_\_\_\_\_ 280 \_\_\_\_\_ ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_ ถนน รัชดาภิเษก(ท่าพระ-ตากสิน)

หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_ ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_ อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_

จังหวัด กรุงเทพมหานคร 10600 โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ ใบอนุญาตที่ 275/2560 (ว.จ.2)

ขอรับใบแทนใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในนามของ (ชื่อสถานที่  
ไม่มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์) \_\_\_\_\_ นิตพลคลินิกเวชกรรม สาขาชิดสนธิสวรรค์

อยู่เลขที่ 55 ห้องเลขที่ 3032 ชั้น \_\_\_\_\_ ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_ ถนน ศรีนครินทร์

หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_ อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_

เลขที่ขอใบแทนใบอนุญาต \_\_\_\_\_

พร้อมทั้งคำขอเงินค่าธรรมเนียมประเภทต่าง ๆ ไปด้วย คือ  
(1) รูปถ่าย ขนาด 3 x 4 เซนติเมตร จำนวน 2 รูป  
(2) เอกสารอื่น (ถ้ามี)

## 11. การยื่นคำขอใบแทนใบอนุญาต ให้กดอัปโหลด เลือกไฟล์คำขอที่ต้องการยื่น

ระบบยาเสพติด  
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

หน้าแรก ออกรายการระบบ

ดีพีพล อินเทอร์เน็ตเนตล กรุ๊ป จำกัด 855000 เชียงตุงเสกีย

ใบอนุญาต สถานที่ยาเสพติด วจ  
1,2,3,4  
ยส 2  
ใบอนุญาตที่อนุมัติแล้ว

คำขอใบแทน

ดาวน์โหลด อัปโหลด

ชื่อผู้รับอนุญาต	บริษัท ดีพีพล อินเทอร์เน็ตเนตล กรุ๊ป จำกัด	ชื่อสถานที่	ดีพีพลคลินิกเวชกรรม สาขาซีคอนสแควร์				
ชื่อผู้ดำเนินการ	นาง ทวีรัตน์ พานิชพงษ์พันธ์	ประเภทคำขอ	ครอบครอง วจ2 สถานพยาบาล เอกชน				
เลขใบอนุญาต	275/2560 (วจ.2)	สถานะ	อนุมัติ				
เลขใบอนุญาต	ชื่อผู้รับอนุญาต	ชื่อสถานที่	ประเภทคำขอ	เลขรับ	วันที่ยื่น	สถานะ	สถานะจ่ายเงิน
No records to display.							

พร้อมแนบเอกสารประกอบการพิจารณาตามหัวข้อที่กำหนด กด ยืนยัน

รายละเอียด ใบแทนใบอนุญาต

Close

ใบคำขอ

เรียกดู... ไม่มีไฟล์ที่ถูกล็อก

ใบแจ้งความต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ตำรวจที่ระบุว่าใบอนุญาตสูญหาย

เรียกดู... ไม่มีไฟล์ที่ถูกล็อก

ใบอนุญาตที่ถูกทำลายหรือลบล้าง

เรียกดู... ไม่มีไฟล์ที่ถูกล็อก

อื่นๆ

เรียกดู... ไม่มีไฟล์ที่ถูกล็อก

ยืนยัน ย้อนกลับ

หมายเหตุ : กรุณาจดเลขที่ได้หลังจากทำการอัปโหลดเรียบร้อยแล้ว

12. เมื่ออัปโหลดไฟล์ PDF แล้ว ไฟล์จะยังไม่ถูกส่งให้เจ้าหน้าที่พิจารณา ระบบจะแสดงสถานะ บันทึก และ รอส่งเรื่อง สามารถตรวจสอบความถูกต้องได้โดย กดปุ่ม ดูข้อมูล เพื่อตรวจสอบคำขอ

ระบบยาเสพติด  
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

หน้าแรก ออกรายการระบบ

ดีพีพล อินเทอร์เน็ตเนตล กรุ๊ป จำกัด 855000 เชียงตุงเสกีย

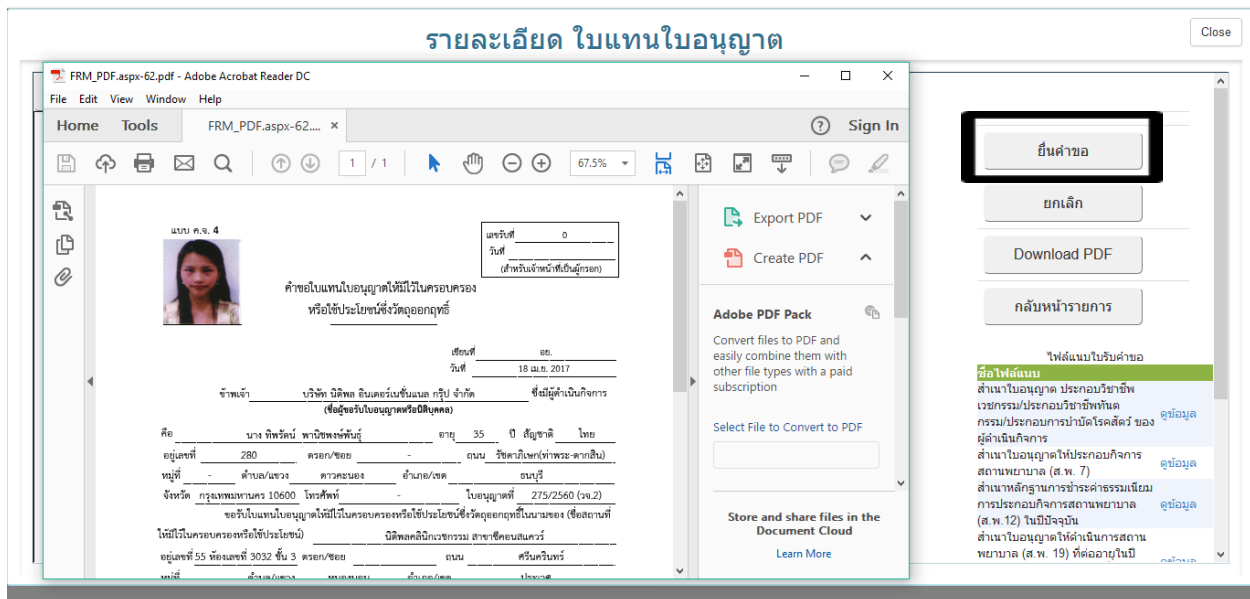
ใบอนุญาต สถานที่ยาเสพติด วจ  
1,2,3,4  
ยส 2  
ใบอนุญาตที่อนุมัติแล้ว

คำขอใบแทน

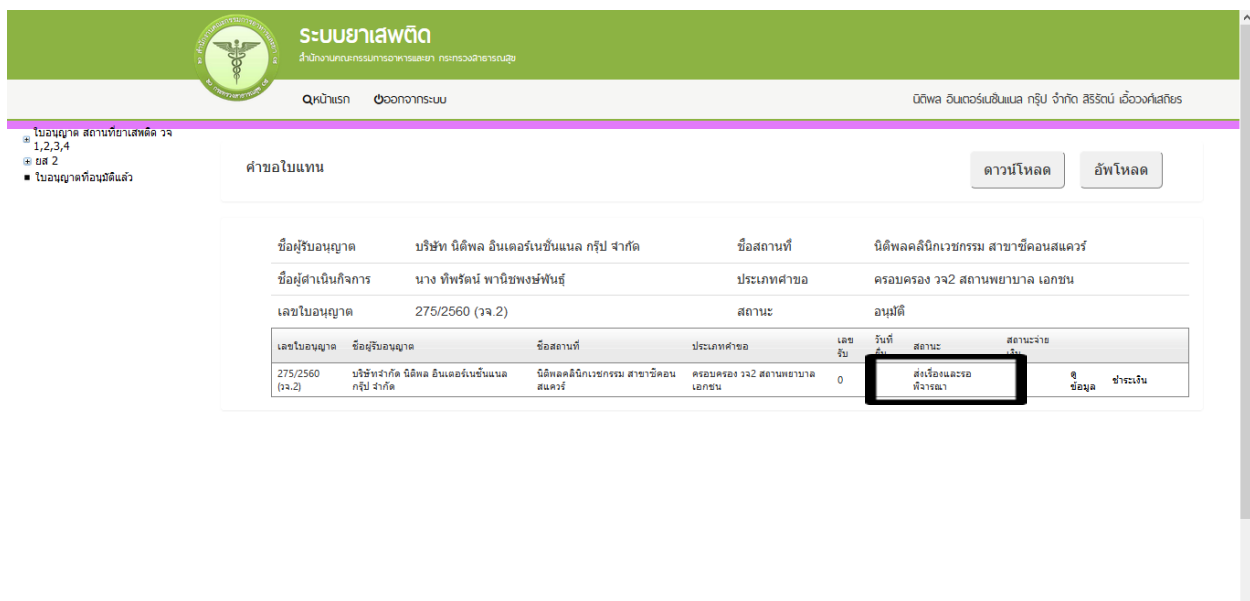
ดาวน์โหลด อัปโหลด

ชื่อผู้รับอนุญาต	บริษัท ดีพีพล อินเทอร์เน็ตเนตล กรุ๊ป จำกัด	ชื่อสถานที่	ดีพีพลคลินิกเวชกรรม สาขาซีคอนสแควร์				
ชื่อผู้ดำเนินการ	นาง ทวีรัตน์ พานิชพงษ์พันธ์	ประเภทคำขอ	ครอบครอง วจ2 สถานพยาบาล เอกชน				
เลขใบอนุญาต	275/2560 (วจ.2)	สถานะ	อนุมัติ				
เลขใบอนุญาต	ชื่อผู้รับอนุญาต	ชื่อสถานที่	ประเภทคำขอ	เลขรับ	วันที่ยื่น	สถานะ	สถานะจ่ายเงิน
275/2560 (วจ.2)	บริษัท จำกัด ดีพีพล อินเทอร์เน็ตเนตล กรุ๊ป จำกัด	ดีพีพลคลินิกเวชกรรม สาขาซีคอนสแควร์	ครอบครอง วจ2 สถานพยาบาล เอกชน	0		บันทึกและรอส่งเรื่อง	ดูข้อมูล

13. หากไม่มีการแก้ไข ให้กดยื่นคำขอ ระบบจะแสดงสถานะ ส่งเรื่องและรอพิจารณา



14. จากนั้น ระบบจะแสดงข้อมูลสถานะเป็น ส่งเรื่องและรอพิจารณา



15. เมื่อเจ้าหน้าที่พิจารณาแล้ว สถานะจะเปลี่ยน จาก รับคำขอ/ไม่รับคำขอ และ อนุมัติ/ไม่อนุมัติ  
อนุมัติรอชำระค่าธรรมเนียม / อนุมัติชำระค่าธรรมเนียมแล้ว

ตัวอย่าง กรณีเจ้าหน้าที่อนุมัติแล้ว ระบบจะแสดงสถานะ อนุมัติรอชำระค่าธรรมเนียม เพื่อให้ผู้ประกอบการ  
ดำเนินการชำระค่าธรรมเนียม

**ระบบยาเสพติด**  
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

ค้นหาเอกสาร ระบบ 855๓๓ เอ็วองค้สเล็ย 855๓๓ เอ็วองค้สเล็ย

คำขอใบแทน ดาวน์โหลด อัปเดต

ชื่อผู้รับอนุญาต	บริษัท นิตีพล อินเทอร์เน็ตเซ็นแนล กรุ๊ป จำกัด	ชื่อสถานที่	นิตีพลคลินิกเวชกรรม สาขาชิดอนสแควร์				
ชื่อผู้ดำเนินการ	นาง ทิพรรัตน์ พานิชพงษ์พันธ์	ประเภทคำขอ	ครอบครอง วจ2 สถานพยาบาล เอกชน				
เลขใบอนุญาต	275/2560 (วจ.2)	สถานะ	อนุมัติ				
เลขใบอนุญาต	ชื่อผู้รับอนุญาต	ชื่อสถานที่	ประเภทคำขอ	เลขรับ	วันยื่น	สถานะ	สถานะจ่าย
275/2560 (วจ.2)	บริษัทจำกัด นิตีพล อินเทอร์เน็ตเซ็นแนล กรุ๊ป จำกัด	นิตีพลคลินิกเวชกรรม สาขาชิดอนสแควร์	ครอบครอง วจ2 สถานพยาบาล เอกชน	6000563		อนุมัติรอชำระค่าธรรมเนียม	0 ข้อมูล ชำระเงิน

16. เมื่อผู้ประกอบการทำการชำระค่าธรรมเนียมเรียบร้อยแล้ว สถานะจะเปลี่ยนเป็น อนุมัติ ให้ผู้ประกอบการติดต่อ  
เจ้าหน้าที่เพื่อรับใบแทนใบอนุญาต

**ระบบยาเสพติด**  
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

ค้นหาเอกสาร ระบบ 855๓๓ เอ็วองค้สเล็ย 855๓๓ เอ็วองค้สเล็ย

คำขอใบแทน ดาวน์โหลด อัปเดต

ชื่อผู้รับอนุญาต	บริษัท นิตีพล อินเทอร์เน็ตเซ็นแนล กรุ๊ป จำกัด	ชื่อสถานที่	นิตีพลคลินิกเวชกรรม สาขาชิดอนสแควร์				
ชื่อผู้ดำเนินการ	นาง ทิพรรัตน์ พานิชพงษ์พันธ์	ประเภทคำขอ	ครอบครอง วจ2 สถานพยาบาล เอกชน				
เลขใบอนุญาต	275/2560 (วจ.2)	สถานะ	อนุมัติ				
เลขใบอนุญาต	ชื่อผู้รับอนุญาต	ชื่อสถานที่	ประเภทคำขอ	เลขรับ	วันยื่น	สถานะ	สถานะจ่าย
275/2560 (วจ.2)	บริษัทจำกัด นิตีพล อินเทอร์เน็ตเซ็นแนล กรุ๊ป จำกัด	นิตีพลคลินิกเวชกรรม สาขาชิดอนสแควร์	ครอบครอง วจ2 สถานพยาบาล เอกชน	6000563		อนุมัติ	0 ข้อมูล ชำระเงิน

17. กรณีที่คืนคำขอ หรือไม่อนุมัติ ระบบจะแจ้งเหตุผลที่คืนคำขอไปยัง e-Mail ของผู้อัปโหลดไฟล์ (e-Mail ที่ลงทะเบียนไว้กับสำนักงานรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์ ตอนสมัคร Open ID) หรือดูที่ช่องหมายเหตุของคำขอนั้นๆ โดยขอให้ผู้ใช้งานแก้ไขข้อมูล แล้วยื่นใหม่ให้ถูกต้อง

## การชำระค่าธรรมเนียมใบอนุญาต

### **กรณีเจ้าหน้าที่อนุมัติแล้ว**

กรณีผู้ประกอบการยื่นขอรับใบอนุญาตกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

หากมีค่าธรรมเนียมใบอนุญาต ผู้ประกอบการจะต้องชำระค่าธรรมเนียมใบอนุญาต โดยพิมพ์ใบสั่งชำระค่าธรรมเนียมจากระบบ และนำไปชำระค่าธรรมเนียมที่ธนาคารไทยพาณิชย์ ผ่าน 5 ช่องทาง เมื่อระบบตรวจสอบการชำระค่าธรรมเนียมของท่านเรียบร้อยแล้ว ระบบจะเปลี่ยนสถานะใบอนุญาตของท่านเป็น อนุมัติและชำระเงินเรียบร้อยแล้ว ให้ท่านติดต่อขอรับใบอนุญาตที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

กรณีผู้ประกอบการยื่นขอรับใบอนุญาตกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

หากมีค่าธรรมเนียมใบอนุญาตให้ติดต่อสำนักงานสาธารณสุขฯ ในพื้นที่นั้น เพื่อชำระค่าธรรมเนียม และขอรับใบอนุญาตฯ ที่ดำเนินการต่ออายุเรียบร้อยแล้ว รายละเอียดสอบถามเพิ่มเติมได้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่นั้นๆ

### **หมายเหตุ**

1. หากตอนยื่นคำขอ ท่านเลือกให้ ส่งใบอนุญาตให้ทางไปรษณีย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ จะจัดส่งใบอนุญาตฯ ให้ท่านตามที่อยู่ในใบอนุญาตที่แจ้งไว้
2. ทั้งนี้หากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาดำเนินการจัดทำการลงลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ ในใบอนุญาตเรียบร้อยแล้ว ผู้ประกอบการ สามารถพิมพ์ใบอนุญาตหรือใบสำคัญได้เองจากระบบ โดยไม่ต้องเดินทางมารับใบอนุญาตหรือใบสำคัญ ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่
3. กรณีผู้ประกอบการ ยื่นคำขอรับใบอนุญาตต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผ่าน e-Submission ขอให้ติดต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนั้นๆ เพื่อขอรับใบอนุญาต และชำระค่าธรรมเนียม ( จะไม่ได้เปิดให้ชำระค่าธรรมเนียมผ่านระบบ e-Submission กรณีผู้ประกอบการยื่นคำขอรับใบอนุญาตต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด )

## การชำระค่าธรรมเนียมใบอนุญาตฯ (เฉพาะกรณีมีค่าธรรมเนียมฯ สำหรับการยื่นคำขอต่อ อย.)

1. หลังจากที่ยื่นคำขอของท่านได้รับการอนุมัติแล้ว สถานะจะเปลี่ยนเป็นอนุมัติรอชำระค่าธรรมเนียม จากนั้น กดปุ่ม ชำระเงิน

ระบบยาเสพติด  
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

หน้าแรก ออกจากระบบ

ดาวน์โหลด การแพทย์ จำกัด ดาญไทย ม:สิริกษั

ใบอนุญาต สถานที่ยาเสพติด วจ 1,2,3,4 ยส 2 ใบอนุญาตที่อนุมัติแล้ว

ครอบคลุม สถานพยาบาล เอกชน

เลขใบอนุญาต	ชื่อผู้รับอนุญาต	ชื่อสถานที่	ประเภทคำขอ	เลขรับ	วันที่ยื่น	สถานะ	สถานะจ่ายเงิน	ชำระเงิน
627/2560 (วจ.4)	บริษัท ตลาดบัว การแพทย์ จำกัด จำกัด	สหคลินิกตลาดบัว	ครอบคลุม วจ4 สถานพยาบาล เอกชน	6000571	22/5/2560 14:48:06	อนุมัติรอชำระค่าธรรมเนียม	ยังไม่ได้ชำระค่าธรรมเนียม	ดูข้อมูล ชำระเงิน
711/2560 (วจ.2)	บริษัท ตลาดบัว การแพทย์ จำกัด จำกัด	สหคลินิกตลาดบัว	ครอบคลุม วจ2 สถานพยาบาล เอกชน	6000570	22/5/2560 14:47:20	อนุมัติรอชำระค่าธรรมเนียม	ยังไม่ได้ชำระค่าธรรมเนียม	ดูข้อมูล ชำระเงิน

2. เลือก ประเภทการออกใบสั่งชำระ จะให้ออกใบสั่งชำระเป็นชื่อสถานที่ หรือชื่อผู้รับอนุญาต

### กรุณาเลือก ประเภทการออกใบสั่งชำระ

ชื่อสถานที่

ผู้รับอนุญาต

3. ระบบจะแสดงรายการใบอนุญาตที่รอการชำระค่าธรรมเนียม พร้อมจำนวนเงิน ให้เลือกทีละรายการ จากนั้น กดปุ่ม ออกใบสั่งชำระ

<input checked="" type="checkbox"/>	ประเภทใบอนุญาต	วันที่ยื่น	เลขที่รับคำขอ	จำนวนเงิน
<input checked="" type="checkbox"/>	ครอบคลุม เพื่อผลิต ยสว (หมวด ค.)	2/8/2559	35459	1.00

รวม 1.00



#### 4. พิมพ์ใบสั่งชำระจากระบบ จากนั้นนำไปชำระค่าธรรมเนียม

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา  
กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000165676

ใบสั่งชำระค่าธรรมเนียม/ใบสำคัญรับเงิน

บริษัท รุ่งงามเพื่อนแพทย์ จำกัด

Customer No. (Ref.1) : 61000089725610529

Reference No. (Ref.2) : 60010020529000002

บ้านเลขที่ 85/4 ถนนสุวินทวงศ์ ซอย ถนน หมู แขวงมีนบุรี เขตมีนบุรี จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10510

วันที่ออกใบสั่งชำระ : 29 พฤษภาคม พ.ศ. 2560

โปรดชำระภายในวันที่ 29 พฤษภาคม พ.ศ. 2561

รายการค่าธรรมเนียม	จำนวน (บาท)
ใบสั่งชำระค่าธรรมเนียมเลขที่ 0591 11055/2560	100.00
ยอดเงินที่ต้องชำระ (หนึ่งร้อยบาทถ้วน)	100.00

เมื่อท่านชำระค่าธรรมเนียมแล้ว ระบบจะตรวจสอบการชำระค่าธรรมเนียมของท่าน และเปลี่ยนสถานะใบอนุญาตของท่านเป็น อนุมัติ ให้ท่านติดต่อขอรับใบอนุญาตที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ฯ

## สรุปภาพรวมการใช้งานระบบสารสนเทศ

ระบบงาน	ขอใหม่ / ต่ออายุใบอนุญาต / ใบแทน	แก้ไข / ยกเลิกใบอนุญาต
ใบอนุญาตครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒, ๓ และ ๔ สำหรับสถานพยาบาลเอกชน	เปิดทางเลือกให้ ผปก ยื่นคำขอรับใบอนุญาตเองผ่านระบบ e-submission หรือ ผปก ยื่นเอกสารคำขอรับใบอนุญาตเป็นเอกสารในรูปแบบ และ จนท เป็นผู้บันทึกข้อมูลเข้าระบบ (รับเรื่องแทน ผปก )	ผปก ยื่นเอกสารในรูปแบบเดิม แล้วจนท เป็นผู้บันทึกข้อมูลแก้ไขรายการในใบอนุญาตในระบบ
ใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ สำหรับสถานพยาบาลรัฐ	เปิดทางเลือกให้ ผปก ยื่นคำขอรับใบอนุญาตเองผ่านระบบ e-submission หรือ ผปก ยื่นเอกสารคำขอรับใบอนุญาตเป็นเอกสารในรูปแบบ และ จนท เป็นผู้บันทึกข้อมูลเข้าระบบ (รับเรื่องแทน ผปก )	ผปก ยื่นเอกสารในรูปแบบเดิม แล้วจนท เป็นผู้บันทึกข้อมูลแก้ไขรายการในใบอนุญาตในระบบ

### พบปัญหา ข้อขัดข้องจากการใช้งานระบบ ติดต่อ กองควบคุมวัตถุเสพติด อย.

ร.ต.อ.(ญ) นันทิยา บุญยะจินดา

นางสาวบุญณดา หิรัญเจริญ

นางสาวดลฤทัย มะลิรักษ์

นางสาวสิริรัตน์ เอื้อวงศ์เสถียร

โทรศัพท์ ๐๒ ๕๙๐ ๗๗๗๑-๓

e-mail [narcotic@fda.moph.go.th](mailto:narcotic@fda.moph.go.th)

ภาคผนวก

**ตัวอย่างที่ 1 ตัวอย่างหนังสือแจ้งความประสงค์ขอใช้งานระบบ กรณีผู้ดำเนินกิจการขอใช้งานระบบด้วยตนเอง**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเข้าใช้ระบบสารสนเทศของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในระบบงานวัตถุเสพติด

เรียน ผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติด

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ในฐานะผู้ดำเนินกิจการ  
ตามใบอนุญาต.....ของสถานประกอบการชื่อ.....  
ตั้งอยู่เลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....  
ชื่อผู้รับอนุญาต.....เลขทะเบียนนิติบุคคลหรือเลขบัตรประชาชนของผู้รับอนุญาต  
.....มีความประสงค์ขอเข้าใช้ระบบสารสนเทศของสำนักงานคณะกรรมการ  
อาหารและยา ในระบบงานวัตถุเสพติด **ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับใบอนุญาตดังกล่าวข้างต้น คือการยื่นคำขอ  
การแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตหรือหนังสือรับรอง การยื่นขอต่ออายุ การยื่นขอใบแทน และ  
การขอรับใบอนุญาตดังกล่าวข้างต้นผ่านระบบสารสนเทศ** (โปรดขีดข้อความที่ไม่ต้องการออก)

ทั้งนี้ข้าพเจ้ารับทราบ และยินดีปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการเข้าใช้สารสนเทศของ  
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในระบบงานวัตถุเสพติด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอใช้งานระบบ

(.....)

**หมายเหตุ** ขอให้แนบหลักฐานประกอบการพิจารณา ดังนี้

1. สำเนาบัตรประชาชน/บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ/หนังสือเดินทางและใบอนุญาตทำงาน (แล้วแต่กรณี)  
ของผู้ขอใช้งานระบบ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ที่ยังไม่หมดอายุ ณ วันที่ยื่นเอกสาร
2. เฉพาะกรณีผู้รับอนุญาตเป็นนิติบุคคล ให้แนบสำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนแสดงชื่อผู้มีอำนาจ  
ลงนามผูกพันบริษัทฯ ฉบับล่าสุด
3. สำเนาใบอนุญาตที่ยังไม่หมดอายุ ในปีที่ยื่นเอกสาร ที่มีผู้ดำเนินกิจการเป็นผู้รับรองสำเนาถูกต้อง

**ตัวอย่างที่ 2 ตัวอย่างหนังสือแจ้งความประสงค์ขอใช้งานระบบกรณีผู้รับมอบอำนาจขอใช้งานระบบใบอนุญาต**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเข้าใช้ระบบสารสนเทศของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในระบบงานวัตถุเสพติด

เรียน ผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติด

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ในฐานะผู้ดำเนินกิจการ  
ตามใบอนุญาต.....ของสถานประกอบการชื่อ.....  
ตั้งอยู่เลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....  
ชื่อผู้รับอนุญาต.....เลขทะเบียนนิติบุคคลหรือเลขบัตรประชาชนของผู้รับ  
อนุญาต.....มีความประสงค์และยินยอมให้(นาย/นาง/นางสาว).....

เป็นผู้รับมอบอำนาจ มีอำนาจในการกระทำการแทนข้าพเจ้าในการเข้าใช้งานระบบสารสนเทศของ อย. ใน  
ระบบงานวัตถุเสพติด เกี่ยวกับใบอนุญาต.....ดังนี้

- ยื่นคำขอ  ยื่นคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต
- ยื่นคำขอต่ออายุ  รับใบอนุญาต / หนังสือรับรอง
- อื่นๆ โปรดระบุ.....

ตลอดจนการแก้ไขเอกสาร ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและผ่านระบบ  
สารสนเทศฯ แทนข้าพเจ้า ได้ตั้งแต่วันที่.....จนถึง..... ทั้งนี้มีระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี  
การใดที่ (นาย/นาง/นางสาว).....ได้กระทำการไป  
ภายใต้เงื่อนไขของหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้ ให้ถือเสมือนหนึ่งว่าข้าพเจ้าได้กระทำการนั้นด้วยตัวของข้าพเจ้า  
เองทุกประการ และข้าพเจ้าขอรับผิดชอบทุกประการ

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ สำเนาบัตรประชาชน/บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของ  
รัฐ/หนังสือเดินทางและใบอนุญาตทำงาน (แล้วแต่กรณี) ของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ พร้อมรับรอง  
สำเนาถูกต้อง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ติดอากรแสตมป์30บาท  
ประทับตราบริษัทฯ(ถ้ามี)

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

หมายเหตุ

1. กรณีผู้รับอนุญาตเป็นนิติบุคคล ให้ส่งสำเนาหนังสือ  
รับรองการจดทะเบียนแสดงชื่อผู้มีอำนาจลงนามผูกพัน  
บริษัทฯ ฉบับล่าสุด (ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)
2. สำเนาบัตรประชาชน/บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ/  
หนังสือเดินทางและใบอนุญาต ทำงาน (แล้วแต่กรณี)  
พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ของผู้มอบอำนาจ และผู้รับ  
มอบอำนาจ ที่ยังไม่หมดอายุ ณ วันที่ยื่นเอกสาร (ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)
3. สำเนาใบอนุญาตที่ยังไม่หมดอายุ ในปีที่ยื่นเอกสารที่มี  
ผู้ดำเนินกิจการเป็นผู้รับรองสำเนาถูกต้อง (.....)