

NEW

ระบบสถานที่ด้านยา



SKYNET

เปิดให้ใช้งาน

12 มิถุนายน 2566

ระบบยื่นคำขอออนไลน์
e - s u b m i s s i o n



0-2591-3312-3, 0-2590-7191



drug-smarthelp@fda.moph.go.th

NEWS Update 06/07/2566



<https://drug.fda.moph.go.th/>

อ้างอิง ประกาศ เลขที่ สร 1009/ว556 ลงวันที่ 24 เมษายน 2566

เรียนผู้ประกอบการทุกท่าน

ที่มีความประสงค์ยื่นคำขอสถานประกอบการรายใหม่และ
แก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการใบอนุญาตผลิต/นำส่ง/ขาย



Update Link (New Website) 06/07/2566



OpenID Link โอเพน ไอดี



Skynet Link ระบบสถานที่ด้านยา



YouTube Link วิดีโอสอนการใช้งาน



Update Link (New Website) 06/07/2566



Introduction Link คำแนะนำแนวทาง



Update Link (New Website) 06/07/2566



Guideline Link คู่มือการใช้งาน

หนังสือแจ้งความประสงค์ กรณีผู้ดำเนินการขอใช้งานระบบด้วยตนเอง

เขียนที่.....

วันที่

เรื่อง ขอเข้าใช้ระบบสารสนเทศของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในส่วนของระบบงานด้านยา

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี (ผู้อำนวยการกองยา)

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาใบอนุญาต (กรณีรายใหม่ ไม่ต้อง)

๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ใช้งาน

๓. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ใช้งาน

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....เลขบัตรประชาชน.....

ในฐานะผู้ดำเนินการตามใบอนุญาต เลขที่.....ชื่อผู้รับอนุญาต.....

เลขทะเบียนนิติบุคคล.....ที่อยู่ตามใบอนุญาต.....

มีความประสงค์ขอเข้าใช้ระบบสารสนเทศของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในส่วนของระบบงานด้านยา

รายละเอียดดังนี้

ระบบผลิตภัณฑ์ยา

ระบบเภสัชเคมีภัณฑ์

ระบบ Th eCTD portal

ระบบรายงานประจำปี () สำหรับผู้บันทึกข้อมูล () สำหรับเภสัชกรผู้ตรวจสอบรายงาน

ระบบ FDA Reporter () สำหรับผู้บันทึกข้อมูล () สำหรับเภสัชกรผู้ตรวจสอบรายงาน

ระบบ สถานที่ด้านยา (/) ใบอนุญาตด้านยา () GMP Clearance

ระบบยาวิจัย

ทั้งนี้ข้าพเจ้ารับทราบและยินดีปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการเข้าใช้ระบบงานด้านยาและได้แนบเอกสารประกอบครบถ้วนแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ..... ผู้ขอใช้ระบบ

()

ตำแหน่ง.....

ประทับตราบริษัท(ถ้ามี)

หนังสือแจ้งความประสงค์ กรณีผู้รับมอบอำนาจขอใช้งานระบบ

เขียนที่.....

วันที่

เรื่อง ขอเข้าใช้ระบบสารสนเทศของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในส่วนของระบบงานด้านยา

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี (ผู้อำนวยการกองยา)

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. สำเนาใบอนุญาต (กรณีรายใหม่ ไม่ต้อง)
 ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ
 ๓. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอใช้งานหรือผู้รับมอบอำนาจ
 ๔. หนังสือมอบอำนาจซึ่งปิดอากรแสตมป์ ๓๐ บาท

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....เลขบัตรประชาชน.....

ในฐานะผู้ดำเนินการตามใบอนุญาต เลขที่.....ชื่อผู้รับอนุญาต.....

เลขทะเบียนนิติบุคคล.....ที่อยู่ตามใบอนุญาต.....

มีความประสงค์และยินยอมให้(นาย/นาง/นางสาว).....เลขบัตรประชาชน.....

เป็นผู้รับมอบอำนาจ ในการเข้าใช้และดำเนินการตามระบบงานด้านยา รายละเอียดดังนี้

ระบบผลิตภัณฑ์ยา

ระบบเภสัชเคมีภัณฑ์

ระบบ Th eCTD portal

ระบบรายงานประจำปี () สำหรับผู้บันทึกข้อมูล () สำหรับเภสัชกรผู้ตรวจสอบรายงาน

ระบบ FDA Reporter () สำหรับผู้บันทึกข้อมูล () สำหรับเภสัชกรผู้ตรวจสอบรายงาน

ระบบ สถานที่ด้านยา (/) ใบอนุญาตด้านยา () GMP Clearance

ระบบยาวิจัย

ทั้งนี้การใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำภายใต้ขอบเขตแห่งการยินยอมนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบและมีผลผูกพัน
ข้าพเจ้าทุกประการ อีกทั้งข้าพเจ้ารับทราบและยินดีปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการเข้าใช้ระบบงานด้านยาโดยจะ
กำกับให้ผู้รับมอบอำนาจทราบและปฏิบัติตามด้วยเช่นกัน อนึ่งข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบครบถ้วนแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ..... ผู้มอบอำนาจที่ขอใช้ระบบ

()

ตำแหน่ง.....

ประทับตราบริษัท(ถ้ามี)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

เลขบัตรประชาชน.....ในฐานะผู้ดำเนินการ ตามใบอนุญาต เลขที่.....

ชื่อผู้รับอนุญาต..... เลขทะเบียนนิติบุคคล.....

ที่อยู่ตามใบอนุญาต.....

ขอมอบอำนาจให้ (นาย/นาง/นางสาว)..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

เป็นผู้มีอำนาจ ในการเข้าใช้ระบบสารสนเทศของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในส่วนของระบบงานด้านยา
รายละเอียดดังนี้

ระบบผลิตภัณฑ์ยา

ระบบเภสัชเคมีภัณฑ์

ระบบ Th eCTD portal

ระบบรายงานประจำปี () สำหรับผู้บันทึกข้อมูล () สำหรับเภสัชกรผู้ตรวจสอบรายงาน

ระบบ FDA Reporter () สำหรับผู้บันทึกข้อมูล () สำหรับเภสัชกรผู้ตรวจสอบรายงาน

ระบบ สถานที่ด้านยา (/) ใบอนุญาตด้านยา () GMP Clearance

ระบบยาวิจัย

ได้ตั้งแต่วันที่..... จนถึง

ข้าพเจ้าขอให้สัญญาว่าการกระทำใด ๆ ที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำลงไปภายใต้เงื่อนไขของหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้ ให้ถือเสมือนหนึ่งว่าข้าพเจ้าได้กระทำการนั้นด้วยตัวข้าพเจ้าเองทุกประการ และหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้เป็นการมอบอำนาจให้เฉพาะเพื่อดำเนินการตามที่ระบุไว้ข้างต้นเท่านั้น จึงได้ลงลายมือชื่อต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ..... ผู้มอบอำนาจ

()

ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอำนาจ

()

ลงชื่อ..... พยาน

()

ลงชื่อ..... พยาน

()

ติดอากรแสตมป์ ๓๐ บาท

การขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

วันที่.....

ชื่อร้าน/บริษัท.....

ที่อยู่.....

๑. เอกสารที่ผู้ขออนุญาตหรือผู้ดำเนินการต้องเตรียม

() บุคคลธรรมดา

- () คำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.๑)
- () รูปถ่ายของผู้ขออนุญาต ขนาด ๓ x ๔ ซม. ๓ รูป (รูปถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน)
- () สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต จำนวน ๑ ฉบับ
- () สำเนาบัตรประชาชนของผู้ขออนุญาต จำนวน ๑ ฉบับ
- () ใบรับรองแพทย์ของผู้ขออนุญาต ไม่เกิน ๓ เดือน ณ วันที่มายื่นขอ (ต้องระบุโรคต้องห้ามตามกฎหมายกระทรวง ได้แก่ โรคเรื้อน, วัณโรคในระยะอันตราย, โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจของสังคม, โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง, โรคพิษสุราเรื้อรัง)
- () สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ จำนวน ๓ ชุด
- () สำเนาเอกสารแสดงหลักทรัพย์ (สมุดเงินฝาก/โฉนดที่ดิน) จำนวนเงินตั้งแต่ ๑๐,๐๐๐ บาทขึ้นไป จำนวน ๑ ฉบับ
 - หนังสือรับรองเงินฝากจากสถาบันการเงิน ไม่นานเกิน ๓ เดือน หรือ
 - สำเนาโฉนดที่ดินที่ไม่ติดภาระผูกพันพร้อมตัวจริง
- () สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานที่
 - () สัญญาเช่า (กรณีเช่าสถานที่) หรือหนังสือยินยอม
 - () สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ที่ขออนุญาต
 - () สำเนาบัตรประชาชนของเจ้าของสถานที่ที่ให้เช่า/ยินยอมมา
 - () สำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของสถานที่ที่ให้เช่า/ยินยอมมา
 - () เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานที่ขายยาของผู้ยินยอมให้ใช้สถานที่/ผู้ให้เช่า
- () สำเนาใบทะเบียนพาณิชย์จำนวน ๑ ฉบับ
- () หนังสือคำรับรองของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเกี่ยวกับการจัดให้มีเภสัชกรมาอยู่ปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาที่เปิดทำการ
- () รูปถ่าย และแผนผัง แผนที่ของสถานที่ที่ขออนุญาตซึ่งแสดงสัดส่วนของพื้นที่
- () หนังสือมอบอำนาจ ถ้าผู้ขออนุญาตหรือผู้ดำเนินการไม่สามารถมาติดต่อด้วยตนเอง พร้อมอากรแสตมป์ ๑๐ บาทหรืออากรแสตมป์ ๓๐ บาท(กรณีที่มีการแก้ไข/ยื่นเอกสารเพิ่มเติม)
- () สำเนาทะเบียนบ้าน/สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน (กรณีที่ทำหนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน)

() บริษัท/ห้างหุ้นส่วนจำกัด

- () คำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.๑)
- () รูปถ่ายของผู้ดำเนินการกิจการขนาด ๓x๔ ซม. ๓ รูป (รูปถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน)
- () สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดำเนินการ จำนวน ๑ ฉบับ
- () สำเนาบัตรประชาชนของผู้ดำเนินการ จำนวน ๑ ฉบับ
- () ใบรับรองแพทย์ของผู้ดำเนินการ ไม่เกิน ๓ เดือน ณ วันที่มายื่นขอ (ต้องระบุโรคต้องห้ามตามกฎหมายกระทรวง ได้แก่ โรคเรื้อน, วัณโรคในระยะอันตราย, โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม, โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง, โรคพิษสุราเรื้อรัง)
- () สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ จำนวน ๓ ชุด
- () สำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล จำนวน ๑ ฉบับ
- () สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานที่
 - () สัญญาเช่า (กรณีเช่าสถานที่) หรือหนังสือยินยอม
 - () สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ที่ขออนุญาต
 - () สำเนาบัตรประชาชนของเจ้าของสถานที่ที่ให้เช่า/ยินยอมมา
 - () สำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของสถานที่ที่ให้เช่า/ยินยอมมา
 - () เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานที่ขายยาของผู้ยินยอมให้ใช้สถานที่/ผู้ให้เช่า
- () หนังสือมอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ (ตามแบบ) ติดอากรแสตมป์ ๓๐ บาท
- () สำเนาทะเบียนบ้าน/สำเนาบัตรประชาชนของผู้มีอำนาจลงนามของนิติบุคคลที่เป็นผู้ลงนามแต่งตั้งผู้ดำเนินการ อย่างละ ๑ ฉบับ
- () หนังสือคำรับรองของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเกี่ยวกับการจัดให้มีเภสัชกรมาอยู่ปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาที่เปิดทำการ
- () รูปถ่าย และแผนผัง แผนที่ของสถานที่ที่ขออนุญาต ซึ่งแสดงสัดส่วนของพื้นที่
- () หนังสือมอบอำนาจ ถ้าผู้ขออนุญาตหรือผู้ดำเนินการไม่สามารถมาติดต่อด้วยตนเอง พร้อมอากรแสตมป์ ๑๐ บาทหรืออากรแสตมป์ ๓๐ บาท(กรณีที่มีการแก้ไข/ยื่นเอกสารเพิ่มเติม)
- () สำเนาทะเบียนบ้าน/สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน (กรณีที่ทำหนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน)

๒. เอกสารที่ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องเตรียม

- () คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (แบบ ข.ย.๑๔) ต้องมาเซ็นชื่อต่อหน้าเจ้าหน้าที่
- () ใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- () หลักฐานแสดงว่าเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเป็นผู้มีความรู้ความสามารถด้านเภสัชกรรม (เช่น หน่วยกิตการศึกษาทางเภสัชศาสตร์ด้านเภสัชศาสตร์ด้านเภสัชกรรมชุมชนหรือกฎหมายด้านยาอย่างน้อย ๕ หน่วยกิต ในช่วง ๓ ปีย้อนหลังจากวันที่ยื่นขอ) ฉบับจริงและสำเนา ๑ ฉบับ
- () สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประชาชน อย่างละ ๑ ฉบับ
- () ใบรับรองแพทย์ไม่เกิน ๓ เดือน ณ วันที่มายื่นขอ (ต้องระบุโรคต้องห้ามตามกฎหมายกระทรวง ได้แก่ โรคเรื้อน, วัณโรคในระยะอันตราย, โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจของสังคม, โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง, โรคพิษสุราเรื้อรัง)

๓. อื่นๆ

- () ค่าธรรมเนียมใบอนุญาต จำนวน ๒,๐๐๐ บาท ชำระเงินในวันที่รับใบอนุญาต

๔. การตรวจสอบเอกสาร

- () เอกสารครบถ้วน
- () เอกสารไม่ครบถ้วน ขาดเอกสาร ดังนี้

- ๑.
- ๒.
- ๓.
- ๔.
- ๕.
- ๖.
- ๗.
- ๘.
- ๙.
- ๑๐.

ข้อบกพร่องที่พบ

๕. ผู้ยื่นเอกสารจะนำเอกสาร/หลักฐานมายื่นให้ครบถ้วนภายในวันที่.....

๖. หากเกินจากระยะเวลาที่กำหนดตามข้อ ๕ ถือว่าผู้ยื่นละทิ้งคำขอและจะส่งคืนคำขอให้แก่ผู้ยื่นคำขอ

๗. ผู้ยื่นคำขอได้อ่านและรับทราบข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่
(.....)

หมายเหตุ ๑. กรณีที่ผู้ขออนุญาต หรือ ผู้ดำเนินการเป็นคนต่างชาติ เอกสารที่ใช้ประกอบในการยื่นคำขอ จะต้องมีส่วนนำหนังสือขออนุญาตทำงานที่ออกโดยกระทรวงแรงงานฯ และสำเนาหนังสือเดินทาง(passport)

๒. เพื่อสะดวกในการตรวจสอบเอกสารและนำเสนอขออนุมัติ โปรดจัดเรียงเอกสารให้เรียบร้อย และกรอกายละเอียดที่ตั้ง หมายเลขโทรศัพท์ รหัสไปรษณีย์ พิกัดที่ตั้ง (ละติจูด/ลองจิจูด) ให้ชัดเจน อ่านง่ายเพื่อติดต่อกลับ

ชุดคำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

โทร 077-283703 หรือ 077-272784

Email : drugsurat@gmail.com

ข้อกฎหมายที่ควรคำนึงเกี่ยวกับการตั้งชื่อร้าน

พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม

พ.ศ. 2537

มาตรา 29 ห้ามมิให้ผู้ใดใช้คำหรือข้อความด้วยอักษรไทยหรืออักษรต่างประเทศว่า เกสัชกร เกสัชกรหญิง แพทย์ปรุงยา หรือใช้อักษรย่อของคำดังกล่าว หรือใช้คำแสดงวุฒิการศึกษาทางเภสัชศาสตร์ หรือใช้อักษรย่อของวุฒิดังกล่าว ประกอบกับชื่อหรือชื่อสกุลของตน หรือใช้คำหรือข้อความอื่นใดที่มีความหมายเช่นเดียวกัน หรือแสดงด้วยวิธีใด ๆ ซึ่งทำให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ทั้งนี้ รวมถึงการใช้ จ้าง วาน หรือยินยอมให้ผู้อื่นกระทำดังกล่าวให้แก่ตน เว้นแต่ผู้ได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรในวิชาเภสัชศาสตร์

มาตรา 30 ห้ามมิให้ผู้ใดใช้คำหรือข้อความที่แสดงให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตนเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมสาขาต่าง ๆ ทั้งนี้ รวมถึงการใช้ จ้าง วาน หรือยินยอมให้ผู้อื่นกระทำดังกล่าวให้แก่ตน เว้นแต่ผู้ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรว่าเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมสาขานั้น ๆ จากสภาเภสัชกรรมหรือที่สภาเภสัชกรรมรับรองหรือผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมผู้มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ในข้อบังคับสภาเภสัชกรรม

มาตรา 51 ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 29 หรือมาตรา 30 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ห้ามจำหน่ายแอลกอฮอล์ในร้านขายยา

พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พ.ศ. 2551

มาตรา 27 ห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่หรือบริเวณดังต่อไปนี้

(2) สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และร้านขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยา

มาตรา 39 ผู้ใดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยฝ่าฝืนมาตรา 27 หรือมาตรา 28 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

คำแนะนำในการจัดสถานที่และจัดทำป้ายแสดงตนของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

1. การจัดสถานที่ขายยา ต้องปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ.2557 และ ในบริเวณพื้นที่ขายยาสามารถแบ่งส่วนย่อยๆ 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 พื้นที่บริเวณให้บริการขายยาโดยผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ คือ พื้นที่ขายยา อันตราย ยาควบคุมพิเศษ ยาที่ต้องได้รับคำแนะนำหรือส่งมอบจากเภสัชกร ซึ่งจะต้องจัดให้มีวัสดุที่ปิด ไขปิด บริเวณนี้ในเวลาที่ยปิด หรือเวลาที่เภสัชกรหรือผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการไม่อาจอยู่ปฏิบัติการ และ จัดให้มีป้ายแจ้งให้ทราบว่าเภสัชกรหรือผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการไม่อยู่แสดงไว้ให้เห็นได้ชัดเจน


ส่วนที่ 2 พื้นที่สำหรับให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยา ซึ่งต้องเป็นพื้นที่แยกเป็นสัดส่วน และอยู่ติดกับพื้นที่บริเวณให้บริการขายยาโดยผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ส่วนที่ 3 พื้นที่สำหรับให้ลูกค้าเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพด้วยตนเอง (ถ้ามี)







พื้นที่ส่วนที่ 1 และ ส่วนที่ 2 ต้องอยู่ในบริเวณเดียวกัน และมีพื้นที่รวมกันไม่น้อยกว่า 8 ตารางเมตร (พื้นที่ทั้งร้านรวมกัน ไม่น้อยกว่า 15 ตารางเมตร)

2. การจัดทำป้าย ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันทุกประเภท ต้องให้เป็นไปตามความในข้อ 8(1) - 8(4) ของกฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2556

สำหรับป้ายแสดงตนของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เป็นสิ่งที่กฎหมายกำหนดรายละเอียดในกฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2556 ข้อ 8(4) ทั้งนี้ ขอให้มรูปแบบดังนี้

	นางสาวเภสัช เขียวมะกอก ภ.บ. เวลาปฏิบัติการ 09.00-20.00น. ภ.54321
---	--

รูปถ่ายของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการให้เป็นรูปสี่ หน้าเต็ม ไม่สวมหมวก ไม่ใส่แว่นตาดำ ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 5 ปี รูปถ่ายขนาด 4 x 6 นิ้ว (10 x 15 เซนติเมตร) อักษรแสดงเลขที่ใบประกอบวิชาชีพขนาดอักษรสูงไม่น้อยกว่า 3 เซนติเมตร

กรณีของร้านที่มี ป้ายในแบบเดิม	<table border="1"><tr><td></td><td>นางสาวเภสัช เขียวมะกอก ภ.บ. เวลาปฏิบัติการ 09.00-20.00น.</td></tr></table>		นางสาวเภสัช เขียวมะกอก ภ.บ. เวลาปฏิบัติการ 09.00-20.00น.		
	นางสาวเภสัช เขียวมะกอก ภ.บ. เวลาปฏิบัติการ 09.00-20.00น.				
สามารถทำขึ้นเพิ่มเติม โดยมีพื้นหลัง ขนาด และรูปแบบอักษรเช่นเดียวกับของเดิม และนำมาวางติดกัน ดังภาพ	<table border="1"><tr><td></td><td>+</td><td><table border="1"><tr><td>นางสาวเภสัช เขียวมะกอก ภ.บ. เวลาปฏิบัติการ 09.00-20.00น.</td></tr></table></td></tr></table>		+	<table border="1"><tr><td>นางสาวเภสัช เขียวมะกอก ภ.บ. เวลาปฏิบัติการ 09.00-20.00น.</td></tr></table>	นางสาวเภสัช เขียวมะกอก ภ.บ. เวลาปฏิบัติการ 09.00-20.00น.
	+	<table border="1"><tr><td>นางสาวเภสัช เขียวมะกอก ภ.บ. เวลาปฏิบัติการ 09.00-20.00น.</td></tr></table>	นางสาวเภสัช เขียวมะกอก ภ.บ. เวลาปฏิบัติการ 09.00-20.00น.		
นางสาวเภสัช เขียวมะกอก ภ.บ. เวลาปฏิบัติการ 09.00-20.00น.					

ข้อความที่แสดงในป้าย	สีพื้น	สีตัวอักษร	ขนาดป้าย	ความสูงของตัวอักษร
1. สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน	น้ำเงิน	ขาว	ไม่ต่ำกว่า 20x70 ซม.	ไม่ต่ำกว่า 3 ซม.
2. สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน เฉพาะยาบรรเทาอาการที่ไม่ใช่ยา อันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ	เขียว	ขาว	"	"
3. สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน เฉพาะยาบรรเทาอาการสำหรับสัตว์	แดง	ขาว	"	"
4. สถานที่ขายยาแผนโบราณ	เขียว	ขาว	"	"
5. สถานที่ผลิตยาแผนปัจจุบัน	เขียว	ขาว	"	"
6. สถานที่ผลิตยาแผนโบราณ	เขียว	ขาว	"	"
7. สถานที่นำหรือส่งยาแผน โบราณเข้ามาในราชอาณาจักร	เขียว	ขาว	"	"
8. สถานที่นำหรือส่งยาแผน ปัจจุบันเข้ามาในราชอาณาจักร	เขียว	ขาว	"	"
9. ชื่อตัว ชื่อสกุล วิทยฐานะ และเวลาปฏิบัติการของผู้มีหน้าที่ ปฏิบัติการ	ตามประเภทใบอนุญาตนั้นๆ	ตามประเภทใบอนุญาตนั้นๆ	ไม่ต่ำกว่า 20x50 ซม.	"

ตัวอย่าง แบบป้ายแสดงสถานที่ขายยาปัจจุบัน

สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน

นางสาวहरषा ดวงดี ภ.บ.
เวลาปฏิบัติการ 09.00 – 20.00 น.

ที่ปิดรูปถ่าย
ผู้รับอนุญาต
ขนาด ๓ x ๔ ซม.

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อ ผู้รับคำขอ

คำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

(ชื่อผู้ขออนุญาต)

มีผู้ดำเนินการกิจการ ชื่อ..... (เฉพาะกรณีนิติบุคคล)

เลขที่บัตรประชาชน อายุ.....ปี สัญชาติ.....

อยู่เลขที่.....ตรอก / ซอย.....ถนน.....

หมู่ที่.....ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....

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

โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....

ขอรับใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันโดยมีสถานที่ขายยาชื่อ.....

อยู่เลขที่.....ตรอก / ซอย.....ถนน.....

หมู่ที่.....ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

ลักษณะการประกอบการ^(๑)

- ขายปลีก
 ขายส่ง
 ประงายสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย (เฉพาะขายปลีกเท่านั้น)

^(๑) ให้ตอบมากกว่า ๑ ข้อ ในกรณีมีลักษณะการประกอบการมากกว่าหนึ่งลักษณะโดยการตอบจะมีผลต่อการประเมินความพร้อมของสถานที่
อุปกรณ์ และการดำเนินการตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน เพื่อประกอบการอนุญาต

โดยมีเลขชี้กรชั้นชื่อ.....

เลขที่บัตรประชาชน

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเลขชี้กรชั้นเลขที่

(ถ้ามีมากกว่าหนึ่งคนให้แจ้งเพิ่มเติมท้ายคำขอนี้จนครบ)

เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา ๓๙ หรือมาตรา ๔๐ แห่งพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐

เวลาทำการ (เวลาปฏิบัติการ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าในระยะเวลาสองปีก่อนยื่นคำขอนี้ ข้าพเจ้าไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งที่ขอด้วยกฎหมายให้จำคุกในความผิดที่กฎหมายบัญญัติ ให้ถือเอาการกระทำโดยทุจริตเป็นองค์ประกอบหรือในความผิดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ กฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท กฎหมายว่าด้วยการขายยาหรือพระราชบัญญัตินี้

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

- (๑) รูปถ่ายของผู้ขออนุญาต ขนาด ๓ x ๔ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป
- (๒) เอกสารแสดงการเป็นเจ้าของกิจการและหลักทรัพย์
- (๓) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต (กรณีบุคคลธรรมดาเป็นผู้ขออนุญาต) หรือ ผู้ดำเนินกิจการ (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)
- (๔) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับรองว่าผู้ขออนุญาตไม่เป็นโรคตามมาตรา ๑๔ (๖) แห่งพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐
- (๕) สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและเลขชี้กร ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต
- (๖) สำเนาหรือรูปถ่ายใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเลขชี้กรชั้นของเลขชี้กรทุกคน ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต
- (๗) เอกสารแสดงว่าเป็นผู้ดำเนินกิจการ (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)
- (๘) เอกสารอื่น ๆ (ถ้าจำเป็น)

(ลายมือชื่อ).....ผู้ขออนุญาต

(.....) (ตัวบรรจง)

คำรับรองของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน
เกี่ยวกับการจัดให้มีเภสัชกรมาอยู่ปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาที่เปิดทำการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

เป็นผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันชื่อ.....

ตั้งอยู่ ณ เลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....ตรอก/ซอย.....

หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าได้ทราบ และเข้าใจในหน้าที่ความรับผิดชอบ ของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.๒๕๑๐ ในการจัดให้มีเภสัชกรอยู่ปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาทำการ และหากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามที่กฎหมายกำหนด ข้าพเจ้าต้องรับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด รวมถึงอาจไม่สามารถต่ออายุใบอนุญาตได้ ตามเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวงว่าด้วยการขออนุญาต และการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ.๒๕๕๖

ข้าพเจ้าอ่าน และเข้าใจถ้อยคำดังกล่าวทั้งหมด จึงลงลายมือชื่อเป็นสำคัญ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้รับอนุญาต

สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สัญญาระหว่าง.....ในนามของ.....

เลขที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า "ผู้รับอนุญาต" ฝ่ายหนึ่งกับ.....

() การบำบัดโรคสัตว์

ผู้ประกอบ () โรคศิลปะ แผน.....สาขา.....

() วิชาชีพ.....

ชั้น.....ใบอนุญาตเลขที่.....ซึ่งต่อไปในสัญญาเรียกว่า "ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ" อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำสัญญานี้เพื่อปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐ ร่วมกันโดยมีข้อความดังต่อไปนี้

๑. ผู้รับอนุญาตยินยอมและตกลงให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเข้าปฏิบัติหน้าที่ ณ.....ของผู้รับอนุญาตเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐ ตั้งแต่วันที่ทำสัญญาเป็นต้นไป

๒. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการยินยอมรับปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐ ในหน้าที่ที่กำหนดไว้ตามข้อ ๑. ของสัญญานี้ทุกประการ

๓. ผู้รับอนุญาตยินยอมจ่ายค่าเงินทดแทนเป็นรายเดือนให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เดือนละ.....บาท (.....) ภายในวันสิ้นเดือนปฏิทินทุก ๆ เดือน

๔. หนังสือสัญญานี้มีอายุสัญญา จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.....

๕. หากคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดบอกเลิกสัญญานี้ก่อนครบกำหนดตามข้อ ๔. ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้อีกฝ่ายหนึ่งทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า.....วัน และต้องแจ้งให้กองควบคุมยาทราบตามกฎหมายด้วย

๖. หากต้องมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทำอยู่ เพื่อให้การปฏิบัติการได้เป็นไปโดยถูกต้องตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐ และกฎกระทรวงซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติฯ ยานบับดังกล่าว ผู้รับอนุญาตยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกประการ

๗. ภาษีเงินได้ที่จะต้องเสียตามกฎหมาย ผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตกลงกันว่า.....เป็นผู้เสีย

๘. หากปรากฏว่า คู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไม่ปฏิบัติตามสัญญานี้แม้แต่ข้อหนึ่งข้อใด สัญญานี้เป็นอันเลิกกันทันที โดยคู่สัญญาไม่ต้องปฏิบัติตามข้อ ๕. และคู่สัญญามีสิทธิจะฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายได้ตามกฎหมายหากมีการฟ้องร้องกันขึ้น ทั้งสองฝ่ายตกลงกันว่าฝ่ายที่ผิดสัญญาจะต้องเป็นผู้ชดใช้ค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้อง เช่น ค่าทนายและค่าธรรมเนียมศาล หรืออื่น ๆ เป็นต้น

๙. สัญญานี้ทำขึ้นเป็นสามฉบับมีข้อความตรงกัน คู่สัญญาต่างยึดถือไว้คนละหนึ่งฉบับและมอบให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เก็บไว้เป็นหลักฐานหนึ่งฉบับ

คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายต่างเข้าใจข้อความในสัญญานี้ดีแล้ว จึงได้ลงชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ขออนุญาต

(ลงชื่อ).....ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

(ลงชื่อ).....พยาน

(ลงชื่อ).....พยาน

สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สัญญาระหว่าง.....ในนามของ.....

เลขที่..... ตระก/ชอย..... ถนน..... หมู่.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “ผู้รับอนุญาต” ฝ่ายหนึ่งกับ.....

() การบำบัดโรคสัตว์

ผู้ประกอบ () โรคศิลปะ แผน.....สาขา.....

() วิชาชีพ.....

ชั้น..... ใบอนุญาตเลขที่..... ซึ่งต่อไปในสัญญาเรียกว่า “ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ”

อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำสัญญานี้เพื่อปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ร่วมกันโดยมีข้อความดังต่อไปนี้

1. ผู้รับอนุญาตยินยอมและตกลงให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเข้าปฏิบัติหน้าที่ ณ.....
ของผู้รับอนุญาตเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ตั้งแต่ที่ทำสัญญาเป็นต้นไป

2. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติยินยอมรับปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ในหน้าที่ที่กำหนดไว้ตามข้อ 1
ของสัญญานี้ทุกประการ

3. ผู้รับอนุญาตยินยอมจ่ายค่าเงินทดแทนเป็นรายเดือนให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เดือนละ.....บาท
(.....) ภายในสิ้นเดือนปฏิทินทุก ๆ เดือน

4. หนังสือสัญญานี้มีอายุสัญญา จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.....

5. หากคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดบอกเลิกสัญญานี้ก่อนครบกำหนดตามข้อ 4 ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้
อีกฝ่ายหนึ่งทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า.....วัน และต้องแจ้งให้กองยาทราบตามกฎหมายด้วย

6. หากต้องการแก้ไขเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทำอยู่ เพื่อให้การ
ปฏิบัติการได้เป็นไปโดยถูกต้องตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และกฎกระทรวงซึ่งออกตามความใน
พระราชบัญญัติยาดังกล่าว ผู้รับอนุญาตยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกประการ

7. ภาษีเงินได้ที่จะต้องเสียตามกฎหมาย ผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตกลงกันว่า.....

.....เป็นผู้เสีย

8. หากปรากฏว่าคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไม่ปฏิบัติตามสัญญานี้แม้แต่ข้อหนึ่งข้อใด สัญญานี้เป็นอันเลิกกันทันที โดยคู่สัญญาไม่ต้องปฏิบัติตามข้อ 5 และคู่สัญญาจะฟ้องเรียกค่าเสียหายได้ตามกฎหมายหากมีการฟ้องร้องกันขึ้น ทั้งสองฝ่ายตกลงกันว่าฝ่ายที่ผิดสัญญาต้องเป็นผู้ชดใช้ค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้อง เช่น ค่าทนาย ค่าธรรมเนียมศาล หรืออื่น ๆ

9. สัญญานี้ทำขึ้นเป็นสามฉบับมีข้อความตรงกัน คู่สัญญาต่างยึดถือไว้คนละหนึ่งฉบับและมอบให้กองยาสํานักงานคณะกรรมการอาหารและยา เก็บไว้เป็นหลักฐานหนึ่งฉบับ

คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายต่างเข้าใจข้อสัญญานี้ดีแล้ว จึงได้ลงชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ขออนุญาต
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....

เลขที่บัตรประชาชน

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... ตรอก / ซอย..... ถนน.....

หมู่ที่..... ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต.....

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

โทรศัพท์มือถือ..... E mail

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... ตรอก / ซอย..... ถนน.....

หมู่ที่..... ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต.....

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

โทรศัพท์มือถือ..... E mail

ขอให้คำรับรองต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ว่า

 ผู้ประกอบวิชาชีพ.....(๑) ข้าพเจ้าเป็น ผู้สำเร็จหลักสูตรการอบรมตามมาตรา ๔๘ แห่งพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๒๒

(เฉพาะสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ)

ใบประกอบวิชาชีพ / หนังสือรับรอง เลขที่

ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... วันหมดอายุ (ถ้ามี).....

(๒) ข้าพเจ้าไม่อยู่ระหว่างการพักใช้ใบประกอบวิชาชีพ

(๓) ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขณะนี้ข้าพเจ้ามิได้เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแห่งใด

(๔) ขณะนี้ข้าพเจ้า ไม่ได้รับราชการหรือทำงานอยู่แห่งใด รับราชการหรือทำงานอยู่ที่

เวลาราชการ / เวลาทำงาน.....

(๕) ข้าพเจ้าจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำ ณ สถานที่ขายยาชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่..... ตรอก / ซอย..... ถนน.....

หมู่ที่..... ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต.....

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

เวลาปฏิบัติการ.....

(๖) ข้าพเจ้ารับทราบและจะปฏิบัติตามหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่กำหนดไว้ ตลอดระยะเวลาที่ข้าพเจ้าเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่แห่งนี้โดยเคร่งครัด

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

(๑) สำเนาทะเบียนบ้าน

(๒) สำเนาบัตรประชาชน

(๓) คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน พร้อมตราประทับในกรณีรับราชการหรือทำงาน

(๔) เอกสารอื่น ๆ (ถ้าจำเป็น)

ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

กรณีการขอใบอนุญาตใหม่ ให้ทำคำรับรองนี้ต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ให้คำรับรอง

(ลายมือชื่อ)..... พนักงานเจ้าหน้าที่

คำแนะนำ แบบฟอร์มชุดรูปถ่าย แผนผัง และแผนที่ของสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน

คำแนะนำแบบฟอร์มชุดรูปถ่าย แผนผัง และแผนที่ของสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางให้ผู้ประกอบการจัดเตรียมเอกสารประกอบคำขออนุญาตให้ถูกต้อง ครบถ้วน และสอดคล้องกับสภาพการใช้ประโยชน์พื้นที่จริงของสถานที่ขายยา ทั้งในส่วนของโครงสร้างอาคาร การจัดสรรพื้นที่ การจัดวางอุปกรณ์/สิ่งอำนวยความสะดวก ตลอดจนระบบและสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการเก็บรักษา และการจ่ายยาแก่ผู้มารับบริการ

วัตถุประสงค์ของแบบฟอร์มชุดรูปถ่าย แผนผัง และแผนที่ของสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน

- ใช้เป็นหลักฐานแสดงลักษณะและสภาพโดยรวมของสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน
- สนับสนุนการพิจารณาคำขออนุญาตให้เป็นไปอย่างโปร่งใส ตรวจสอบได้ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน
- ช่วยให้ผู้ประกอบการตระหนักและเข้าใจถึงข้อกำหนดด้านโครงสร้างและการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อความปลอดภัยและคุณภาพของยา รวมถึงความปลอดภัยของผู้มารับบริการ

คำแนะนำในการใช้แบบฟอร์ม

1. โปรดจัดเตรียมรูปถ่าย แผนผังภายใน และแผนที่ตั้งของสถานที่ ตามหัวข้อ รายละเอียด และคำอธิบายที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้โดยเคร่งครัด
2. ข้อมูลที่ปรากฏในรูปถ่าย แผนผัง และแผนที่ ควรมีความชัดเจน ถูกต้อง และสอดคล้องกับข้อมูลในแบบคำขออนุญาตและเอกสารหลักฐานอื่นที่ยื่นประกอบคำขออนุญาต
3. ในกรณีมีการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงโครงสร้าง การจัดสรรพื้นที่ หรือระบบภายในสถานที่ขายยา ควรจัดทำเอกสารชุดนี้ใหม่ให้สอดคล้องกับสภาพปัจจุบันทุกครั้งของการยื่นคำ
4. เอกสารชุดนี้อาจใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงประกอบการตรวจสอบของเจ้าหน้าที่ จึงขอให้ผู้ประกอบการจัดทำด้วยความรอบคอบ และสะท้อนสภาพความเป็นจริงของสถานที่ให้มากที่สุด โดยเคร่งครัด

ข้อควรระวังเกี่ยวกับรูปถ่ายและการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

1. รูปถ่ายที่ใช้ประกอบคำขออนุญาต ต้องสะท้อนสภาพความเป็นจริงของสถานที่ และการจัดสภาพแวดล้อมในปัจจุบัน ไม่ตัดต่อหรือดัดแปลงในลักษณะที่ทำให้ข้อมูลคลาดเคลื่อนหรือบิดเบือนข้อเท็จจริง
2. ห้ามตัดต่อ แทรก เพิ่ม หรือลบสิ่งของ/อุปกรณ์/พื้นที่ ในรูปถ่าย เพื่อให้เข้าใจไปว่ามีการจัดให้มีหรือจัดให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ทั้งที่ในความเป็นจริงยังไม่ได้จัดให้มีหรือไม่มีอยู่จริง
3. ห้ามใช้เทคโนโลยีดิจิทัลหรือปัญญาประดิษฐ์ (AI) เพื่อสร้างภาพจำลอง แปลงภาพ หรือดัดแปลงรูปถ่ายให้ปรากฏเสมือนว่ามีสิ่งปลูกสร้าง สิ่งติดตั้ง เครื่องมือหรืออุปกรณ์อยู่ในสถานที่ ทั้งที่ยังไม่มีอยู่จริง
4. อนุโลมให้ปรับแต่งรูปถ่ายได้เฉพาะในลักษณะทั่วไปที่ **ไม่กระทบต่อข้อเท็จจริงของเนื้อหาในภาพ** เช่น ปรับแสงสว่าง ความคมชัด ทั้งนี้ต้องไม่ทำให้เจ้าหน้าที่พิจารณาเข้าใจคลาดเคลื่อนถึงขนาดหรือสภาพของพื้นที่และอุปกรณ์
5. การจัดเตรียมรูปถ่ายหรือเอกสารประกอบคำขอที่มีลักษณะ **บิดเบือนข้อเท็จจริง** อาจเข้าข่ายเป็นการให้ข้อมูลอันเป็นเท็จต่อทางราชการ และอาจมีผลต่อการพิจารณาคำขออนุญาต รวมทั้งอาจมีผลทางกฎหมายในภายหลัง

ทั้งนี้ การจัดเตรียมแบบฟอร์มชุดรูปถ่าย แผนผัง และแผนที่ที่ถูกต้องและครบถ้วน จะช่วยให้กระบวนการพิจารณาคำขออนุญาตเป็นไปอย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ และเป็นประโยชน์ต่อทั้งผู้ประกอบการและผู้มารับบริการในระยะยาวอย่างยิ่ง

แบบฟอร์มชุดรูปถ่าย แผนผัง และแผนที่ของสถานที่ขยายยาแผนปัจจุบัน

ชื่อสถานที่.....
ที่อยู่.....

ให้ถ่ายรูปแสดงลักษณะอาคารและบริเวณโดยรอบของสถานที่ที่ขออนุญาต ให้ชัดเจน โดยพิจารณาตามประเภทอาคารดังต่อไปนี้

1. กรณีอาคารพาณิชย์ / ตึกแถว

○ ให้ถ่ายรูปจากภายนอกอาคาร โดย

- ต้องมองเห็น อาคารครบทุกชั้น อย่างชัดเจน
- ต้องมองเห็น ภาพรวมของอาคารที่ใช้เป็นสถานที่ที่ขออนุญาต
- ต้องมองเห็น บริเวณข้างเคียงหรืออาคารข้างเคียง ในระดับที่สามารถใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงและจุดสังเกตได้

2. กรณีห้างสรรพสินค้า / อาคารสำนักงาน / อาคารขนาดใหญ่

○ ให้ถ่ายรูปจากภายนอกอาคาร โดย

- ต้องมองเห็น ภาพรวมของอาคารหรือพื้นที่หลัก ที่สถานที่ขออนุญาตตั้งอยู่
- ต้องมองเห็น ลักษณะอาคารโดยรวมและบริเวณด้านหน้าอาคาร เพื่อใช้เป็นจุดสังเกตและยืนยันตำแหน่งของสถานที่

คำแนะนำเพิ่มเติม

1. ควรใช้รูปถ่ายที่มีความคมชัด แสงเพียงพอ ไม่ย้อนแสงมากจนมองรายละเอียดอาคารไม่เห็น
2. หากสถานที่ขออนุญาตไม่ได้อยู่ชั้นล่าง (เช่น อยู่ชั้นบนของอาคารพาณิชย์ หรืออยู่ในส่วนหนึ่งของห้างสรรพสินค้า/อาคารสำนักงาน) ควรมี
 - รูปถ่าย ภายนอกอาคารภาพรวม
 - และอาจจัดส่งรูปเพิ่มเติมได้ในการยื่นคำขอผ่านระบบ Skynet เพื่อแสดงถึงลักษณะภายในอาคารบริเวณทางเข้า/โถง หรือป้ายชื่ออาคาร/โครงการ เพื่อช่วยให้เข้าใจตำแหน่งสถานที่ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น
3. ควรให้รูปถ่ายที่จัดส่ง สอดคล้องกับแผนที่ที่ตั้งและแผนผังภายในสถานที่ เพื่อสนับสนุนการตรวจสอบและลงพื้นที่ของเจ้าหน้าที่ให้เป็นไปอย่างถูกต้องและสะดวก

1. ภาพลักษณะของสถานที่ที่ขออนุญาต

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ชื่อสถานที่.....


ที่อยู่.....

ให้ถ่ายรูปด้านหน้าสถานที่ที่ขออนุญาต โดยภาพถ่ายต้องแสดงให้เห็นข้อมูลสำคัญที่บริเวณด้านหน้าร้านอย่างชัดเจน ดังต่อไปนี้

1. ชื่อร้านขายยา
 - ให้เห็น ชื่อร้าน ที่ติดแสดงหน้าร้านอย่างชัดเจน
2. เลขที่บ้าน/เลขที่สถานที่
 - ให้เห็น เลขที่บ้านหรือเลขที่อาคาร ที่เป็นที่ตั้งของสถานที่ที่ขออนุญาต โดยให้ตรงกับที่อยู่ที่อยู่ในแบบคำขออนุญาต
3. ป้าย “สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน”
 - ให้มองเห็น ป้ายสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ที่ติดแสดงด้านหน้าร้าน อย่างชัดเจน
4. ป้าย “ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ”
 - ให้เห็น ป้ายชื่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ที่ติดแสดงอยู่ด้านหน้าร้าน โดยควรมองเห็นชื่อ-สกุล เวลาปฏิบัติการ และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมได้อย่างชัดเจน

รูปถ่ายที่จัดส่งควรเป็นรูปมุมกว้างที่เห็นด้านหน้าร้านทั้งหมด และเห็นองค์ประกอบทั้ง 4 ส่วนข้างต้นครบถ้วน (หากเป็นไปได้) ในรูปเดียว ทั้งนี้ สามารถแนบรูปถ่ายเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณาได้ในการยื่นคำขอผ่านระบบ Skynet

หมายเหตุ (กรณีมีการใช้เครื่องหมาย/โลโก้เป็นสัญลักษณ์หน้าร้าน)

- ในกรณีที่มีการใช้ เครื่องหมายหรือกรอบสัญลักษณ์  เพื่อสื่อถึงการเป็นร้านขายยา
 - ให้ ระบุข้อความไว้ภายในเครื่องหมาย ดังกล่าว เช่น
 - “Rx”
 - “ยา”
 - หรืออาจใช้ รูปสัญลักษณ์ที่สื่อถึงยา เช่น
 - รูปเม็ดยา
 - รูปแคปซูลยา
- ควรออกแบบให้มีความเหมาะสม ชัดเจน และไม่ก่อให้เกิดความสับสนต่อประชาชนว่ามีการโฆษณาเกินสมควรหรือสื่อความหมายคลาดเคลื่อนจากการเป็นร้านขายยา

คำแนะนำเพิ่มเติม

- ควรใช้รูปที่มีความคมชัด แสงเพียงพอ ไม่ย้อนแสง เพื่อให้รายละเอียดชื่อร้าน เลขที่บ้าน และข้อความบนป้ายต่าง ๆ อ่านได้ชัดเจน
- ควรตรวจสอบให้ ชื่อร้าน เลขที่อยู่ และชื่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ที่ปรากฏในภาพ สอดคล้องตรงกับเอกสารหลักฐานที่ยื่นประกอบคำขออนุญาตทุกประการ
- หากหน้าร้านอยู่ในอาคารหรือโครงการ ควรจัดมุมรูปถ่ายให้เห็นความเชื่อมโยงกับบริเวณด้านหน้าอาคารหรือป้ายชื่อโครงการ เพื่อช่วยยืนยันตำแหน่งสถานที่ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ด้านหน้าของสถานที่ที่ขออนุญาต

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ชื่อสถานที่.....

ที่อยู่.....

ให้ถ่ายรูปภายในบริเวณร้าน โดยถ่ายให้เห็น บริเวณด้านซ้ายของร้านทั้งหมด ตั้งแต่ส่วนหน้าร้านต่อเนื่องไปจนถึงส่วนหลังร้านของสถานที่ที่ขออนุญาตอย่างชัดเจน โดยมีแนวทางดังนี้

1. ลักษณะการถ่ายรูป

- ควรยืนถ่ายจากมุมที่สามารถมองเห็นแนวด้านซ้ายของร้านได้ ต่อเนื่องจากด้านหน้าไปด้านหลัง ให้มากที่สุด
- หากร้านมีความลึกมากหรือมุมมองจำกัด อาจใช้ รูปถ่ายมากกว่าหนึ่งรูป โดยให้ถ่ายต่อเนื่องในแนวเดียวกันจากหน้าร้านไปหลังร้าน และจัดเรียงรูปตามลำดับให้เข้าใจทิศทางได้ชัดเจน

2. รายละเอียดที่ควรเห็นในรูป

- ให้เห็น ผนังด้านซ้าย เคา์เตอร์ ชั้นวางสินค้า ตู้ยา หรืออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จัดวางอยู่ด้านซ้ายของร้าน
- ให้เห็น ทางเดินและพื้นที่ให้บริการ บริเวณด้านซ้ายของร้านในระดับที่พอมองภาพรวมได้ เพื่อใช้ประกอบการประเมินความเป็นระเบียบและความปลอดภัย

3. คำแนะนำเพิ่มเติม

- ควรใช้รูปที่มีความคมชัด แสงเพียงพอ ไม่มีมืดหรือย้อนแสงจนทำให้มองไม่เห็นรายละเอียด
- ก่อนถ่ายรูป ควรจัดเก็บสิ่งของที่วางกีดขวางหรือรกรุงรังออกจากแนวทางเดิน เพื่อให้เห็นลักษณะพื้นที่จริงอย่างชัดเจน
- ควรให้รูปดังกล่าว สอดคล้องกับแผนผังภายในร้าน ที่จัดทำแนบประกอบคำขออนุญาต เพื่อช่วยให้เจ้าหน้าที่เข้าใจการจัดสรรพื้นที่ภายในได้อย่างครบถ้วน

3. ด้านซ้ายของสถานที่ที่ขออนุญาต

ให้ถ่ายรูปภายในบริเวณร้าน โดยถ่ายให้เห็น บริเวณด้านขวาของร้านทั้งหมด ตั้งแต่ส่วนหน้าร้านต่อเนื่องไปจนถึงส่วนหลังร้านของสถานที่ที่ขออนุญาตอย่างชัดเจน โดยมีแนวทางดังนี้

1. ลักษณะการถ่ายรูป

- ควรยืนถ่ายจากมุมที่สามารถมองเห็นแนวด้านขวาของร้านได้ ต่อเนื่องจากด้านหน้าไปด้านหลัง ให้มากที่สุด
- หากร้านมีความลึกมากหรือมุมมองจำกัด อาจใช้ รูปถ่ายมากกว่าหนึ่งรูป โดยให้ถ่ายต่อเนื่องในแนวเดียวกันจากหน้าร้านไปหลังร้าน และจัดเรียงรูปตามลำดับให้เข้าใจทิศทางได้ชัดเจน

2. รายละเอียดที่ควรเห็นในรูป

- ให้เห็น ผนังด้านขวา เคา์เตอร์ ชั้นวางสินค้า ตู้ยา หรืออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จัดวางอยู่ด้านขวาของร้าน
- ให้เห็น ทางเดินและพื้นที่ให้บริการ บริเวณด้านขวาของร้านในระดับที่พอมองภาพรวมได้ เพื่อใช้ประกอบการประเมินความเป็นระเบียบและความปลอดภัย

3. คำแนะนำเพิ่มเติม

- ควรใช้รูปที่มีความคมชัด แสงเพียงพอ ไม่มีมืดหรือย้อนแสงจนทำให้มองไม่เห็นรายละเอียด
- ก่อนถ่ายรูป ควรจัดเก็บสิ่งของที่วางกีดขวางหรือรกรุงรังออกจากแนวทางเดิน เพื่อให้เห็นลักษณะพื้นที่จริงอย่างชัดเจน

ควรให้รูปดังกล่าว สอดคล้องกับแผนผังภายในร้าน ที่จัดทำแนบประกอบคำขออนุญาต เพื่อช่วยให้เจ้าหน้าที่เข้าใจการจัดสรรพื้นที่ภายในได้อย่างครบถ้วน

4. ด้านขวาของสถานที่ที่ขออนุญาต

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อสถานที่.....

ที่อยู่.....

ให้ถ่ายรูป ตู้/ชั้นวางยาภายในบริเวณส่วนให้บริการโดยเภสัชกร โดยต้องถ่ายให้เห็น ตู้/ชั้นวางยาครบทุกตู้/ทุกชุด (ในขณะถ่ายภาพให้ เปิดม่านหรือสิ่งปิดบังทั้งหมด เพื่อให้มองเห็นตู้/ชั้นวางยาได้อย่างชัดเจน) พร้อมทั้งให้ถ่ายให้เห็น ป้ายแสดงข้อความ “บริเวณส่วนให้บริการโดยเภสัชกร” ภายในบริเวณดังกล่าวในภาพเดียวกัน

ข้อกำหนดเกี่ยวกับป้าย “บริเวณส่วนให้บริการโดยเภสัชกร”

- ป้ายต้องจัดทำจากวัสดุที่มี ความแข็งแรง คงทน ถาวร ไม่ฉีกขาด ซีดจาง หรือชำรุดได้ง่าย
- ตัวอักษรบนป้ายต้องมีขนาด สามารถมองเห็นและอ่านได้ชัดเจน จากระยะที่ผู้มารับบริการสามารถสังเกตเห็นได้
- ติดตั้งในตำแหน่งที่เหมาะสมภายในบริเวณที่เภสัชกรปฏิบัติงานหลัก เช่น หลังเคาน์เตอร์จ่ายยา หรือบริเวณด้านหลังเภสัชกรขณะให้บริการ

คำแนะนำเพิ่มเติม

- ควรจัดระเบียบตู้/ชั้นวางยาให้เรียบร้อยก่อนถ่ายภาพ เพื่อให้เห็นภาพรวมของการจัดเก็บยาในบริเวณให้บริการโดยเภสัชกรได้อย่างชัดเจน
- ควรใช้ภาพถ่ายมุมกว้าง (wide shot) ให้มากที่สุด เพื่อให้เห็น ตู้/ชั้นวางยาทุกชุด ในบริเวณนั้นในภาพเดียว หากไม่สามารถเก็บภาพได้ครบในครั้งเดียว อาจถ่ายเพิ่มเป็น 2-3 ภาพต่อเนื่อง โดยคงให้เห็นตำแหน่งป้ายประกอบอย่างชัดเจน
- ควรให้ภาพถ่ายสอดคล้องกับ แผนผังภายในร้าน ที่แสดงตำแหน่งบริเวณส่วนให้บริการโดยเภสัชกร เพื่อช่วยให้เจ้าหน้าที่เข้าใจภาพรวมของการจัดสรรพื้นที่ได้ครบถ้วนยิ่งขึ้น.

5. บริเวณส่วนให้บริการโดยเภสัชกร

ให้ถ่ายภาพแสดงการปิดม่านหรือวัสดุทึบเพื่อปิดบังตู้/ชั้นวางยาในบริเวณส่วนให้บริการโดยเภสัชกร ให้เห็นว่าปิดบังครบทั้งบริเวณ และครอบคลุมตู้/ชั้นวางยาทุกตู้ในส่วนนี้อย่างชัดเจน

ข้อกำหนดเกี่ยวกับม่าน/วัสดุทึบปิดบังตู้/ชั้นวางยา

1. ข้อความที่ต้องแสดงบนม่าน
 - ม่านหรือวัสดุทึบที่ใช้ปิดบังตู้/ชั้นวางยา ต้องมีข้อความระบุอย่างชัดเจนว่า “ขณะนี้เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ ไม่สามารถขายยาในบริเวณนี้ได้”
 - ข้อความดังกล่าวต้อง ครบถ้วนตามถ้อยคำนี้เท่านั้น ไม่ตัดทอนหรือเปลี่ยนแปลง
 - ตัวอักษรต้องมีขนาด อ่านได้ชัดเจน จากระยะที่ผู้มารับบริการมองเห็นได้ง่าย
2. ลักษณะความคงทนของข้อความบนม่าน
 - ข้อความบนม่านต้องจัดทำในลักษณะที่มีความ คงทนถาวร ติดแน่น ไม่หลุดลอก ไม่ซีดจาง และไม่ชำรุดได้ง่าย
 - ไม่ควรใช้กระดาษชั่วคราวหรือสติ๊กเกอร์ที่ลอกง่ายเป็นสื่อหลัก
3. ขอบเขตการปิดบังตู้/ชั้นวางยา
 - ม่านหรือวัสดุทึบต้องสามารถ ปิดบังตู้/ชั้นวางยาในบริเวณส่วนให้บริการโดยเภสัชกรได้ครบทุกตู้/ทุกชั้นวาง ในพื้นที่ดังกล่าว
 - เมื่อปิดม่านแล้ว ต้องไม่สามารถมองเห็นยาในตู้/ชั้นวางได้อย่างชัดเจนจากด้านหน้าบริเวณให้บริการ

คำแนะนำเพิ่มเติม

- ควรถ่ายภาพในขณะที่ ม่านถูกปิดเต็มรูปแบบ ให้เห็นตั้งแต่ส่วนบนจนถึงส่วนล่าง เพื่อให้ประเมินได้ว่าปิดบังครบทุกตู้/ชั้นวางยาในบริเวณนั้นจริง
- ควรจัดให้ภาพถ่ายมีมุมกว้างพอที่จะมองเห็น บริเวณส่วนให้บริการโดยเภสัชกรทั้งหมด พร้อมข้อความบนม่านอย่างชัดเจนในภาพเดียว (หากเป็นไปได้)
- ควรใช้วัสดุม่านหรือแผงทึบที่มีลักษณะ แข็งแรง เหมาะสม ไม่บางหรือโปร่งจนมองเห็นยาได้ชัด เพื่อสนับสนุนหลักการ “ไม่ให้มีการจำหน่ายยาเมื่อไม่มีเภสัชกรอยู่ปฏิบัติหน้าที่ในบริเวณนี้” อย่างแท้จริง

6. ม่านหรือวัสดุทึบสำหรับใช้ปิดบังตู้/ชั้นวางยาสำหรับปิดในเวลาที่ไม่เภสัชกรหรือผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ในบริเวณส่วนให้บริการโดยเภสัชกร

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อสถานที่.....

ที่อยู่.....

ให้ถ่ายรูปแสดงโต๊ะให้คำปรึกษาแนะนำ ซึ่งต้องมีป้ายข้อความ “บริเวณให้คำปรึกษาแนะนำ” ติดตั้งอย่างชัดเจน และมีเก้าอี้จำนวน ๒ ตัว สำหรับเภสัชกรและผู้มารับบริการ โดยมีข้อกำหนดดังต่อไปนี้

1. โต๊ะให้คำปรึกษาแนะนำ
 - ทำจากวัสดุที่มีความคงทนถาวร แข็งแรง และเหมาะสมต่อการใช้งานในระยะยาว
 - มีขนาดเหมาะสมสำหรับการให้คำปรึกษาแนะนำ สามารถนั่งสนทนาหันหน้าเข้าหากันได้อย่างเหมาะสม
 - มีพื้นที่เพียงพอสำหรับจัดวางอุปกรณ์ เอกสาร แบบฟอร์ม และสื่อให้ความรู้ที่ใช้ในการให้คำปรึกษา
2. เก้าอี้สำหรับผู้มารับบริการ
 - ทำจากวัสดุที่มีความคงทนถาวร แข็งแรง ไม่ชำรุดง่าย
 - มีสีขา มีพนักพิง และมีขนาดเหมาะสมกับสรีระของผู้นั่ง เพื่อความปลอดภัยและความสะดวกสบาย
 - ไม่แนะนำ ให้ใช้เก้าอี้พลาสติกหรือเก้าอี้ที่มีล้อเลื่อน เนื่องจากอาจก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยแก่ผู้มารับบริการ
3. ป้าย “บริเวณให้คำปรึกษาแนะนำ”
 - ทำจากวัสดุที่มีความคงทนถาวร ไม่ชำรุดหรือซีดจางง่าย
 - ยึดติดกับโต๊ะหรือบริเวณโต๊ะในลักษณะถาวร ดูนั่นคง ไม่หลุดร่อนง่าย
 - ตัวหนังสือเป็นตัวพิมพ์ขนาดเหมาะสม สามารถมองเห็นและอ่านได้อย่างชัดเจนจากระยะที่ผู้มารับบริการสามารถสังเกตเห็นได้ง่าย

โดยรูปถ่ายที่จัดส่งควรแสดงให้เห็น โต๊ะ เก้าอี้ และป้ายดังกล่าวอย่างครบถ้วน ชัดเจน สามารถยืนยันได้ว่าเป็นบริเวณที่จัดไว้เฉพาะสำหรับการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้มารับบริการจริง

7. บริเวณสำหรับให้คำปรึกษาและแนะนำการใช้ยา

ให้ถ่ายภาพตู้/ชั้นวางยา โดยต้องมองเห็นภาพรวมของพื้นที่สำหรับให้ลูกค้าบริการตนเองอย่างครบถ้วน และให้ถ่ายให้เห็นป้ายแสดงข้อความ “พื้นที่ลูกค้าให้บริการตนเอง” อย่างชัดเจน โดยมีข้อกำหนดดังต่อไปนี้

1. บริเวณตู้/ชั้นวางยา
 - ต้องถ่ายภาพให้เห็นตู้/ชั้นวางยาทั้งหมดในบริเวณที่จัดไว้สำหรับให้ลูกค้าบริการตนเองอย่างต่อเนื่อง ไม่ให้เห็นเฉพาะบางส่วน
 - บริเวณดังกล่าวควรจัดให้เหมาะสมต่อการหยิบได้ด้วยตนเองและการมองเห็นของลูกค้า
2. ป้าย “พื้นที่ลูกค้าให้บริการตนเอง”
 - ป้ายต้องแสดงข้อความ “พื้นที่ลูกค้าให้บริการตนเอง” อย่างชัดเจน
 - จัดทำจากวัสดุที่มีความแข็งแรง คงทนถาวร ไม่ชำรุดหรือซีดจางได้ง่าย
 - ติดตั้งในตำแหน่งที่มองเห็นได้อย่างเด่นชัดจากมุมมองของลูกค้า เพื่อให้ทราบชัดเจนว่าบริเวณดังกล่าวเป็นพื้นที่ให้บริการตนเอง

รูปถ่ายที่จัดส่งควรสามารถยืนยันได้อย่างชัดเจนว่าเป็นพื้นที่ที่ร้านจัดให้ลูกค้าบริการตนเองจริง ทั้งในส่วนของตู้/ชั้นวางยาและป้ายแสดงข้อความกำกับพื้นที่ดังกล่าวครบถ้วน.

8. บริเวณสำหรับให้ลูกค้าบริการตนเอง

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อสถานที่.....

ที่อยู่.....

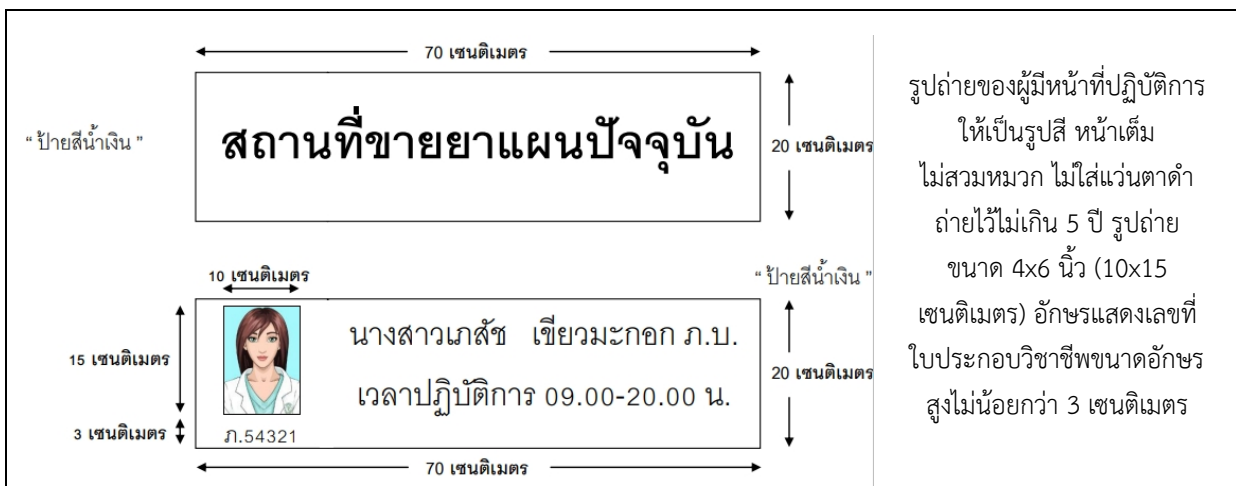
ให้ถ่ายรูปแสดงบริเวณพื้นที่เก็บสำรองยา ให้เห็นลักษณะการจัดเก็บและป้ายแสดงข้อความกำกับอย่างชัดเจน โดยมีข้อกำหนดจำแนกตามรูปแบบการจัดทำพื้นที่เก็บสำรองยา ดังนี้

- กรณีจัดทำเป็นตู้เก็บสำรองยา ภายในบริเวณพื้นที่ขายยา
 - ให้จัดทำเป็น ตู้ปิดสนิท ไม่สามารถมองเห็นยาที่จัดเก็บอยู่ภายในตู้ได้ เพื่อป้องกันการหยิบใช้โดยไม่ได้รับอนุญาตและลดความสับสนจากการมองเห็นยาเกินความจำเป็น
 - ให้จัดทำ ป้ายข้อความ “พื้นที่เก็บสำรองยา” หรือ “ตู้เก็บสำรองยา” ติดแสดงที่ด้านหน้าตู้ โดยป้ายต้องทำจากวัสดุที่มีความแข็งแรง คงทนถาวร ไม่ชำรุดหรือซีดจางได้ง่าย ขนาดและตัวอักษรต้องมองเห็นและอ่านได้ชัดเจนจากระยะที่ผู้ปฏิบัติงานสามารถสังเกตเห็นได้ง่าย
- กรณีจัดทำเป็นห้องเก็บสำรองยา
 - ภายในห้องสามารถจัดเก็บยาโดยใช้ ตู้/ชั้นวางยา หรือ พาเลท ที่ทำจากวัสดุที่เหมาะสม เช่น พลาสติก หรือ โลหะปลอดสนิม โดยต้องไม่จัดวางยาให้สัมผัสพื้นโดยตรง
 - ภายในห้องเก็บยาต้องจัดให้มี เครื่องปรับอากาศ หรือระบบควบคุมอุณหภูมิที่เหมาะสมต่อการเก็บรักษา ยาภายในห้องต้อง ไม่มีแหล่งก่อให้เกิดความชื้น เช่น ห้องน้ำ ก๊อกน้ำ อ่างล้างมือ หรือแหล่งน้ำอื่น ๆ เพื่อไม่ให้เกิดสภาพแวดล้อมกระทบต่อคุณภาพยา

ให้จัดทำ ป้ายข้อความ “พื้นที่เก็บสำรองยา” หรือ “ห้องเก็บสำรองยา” ติดแสดงที่ผนังด้านบนประตูด้านหน้าห้อง โดยป้ายต้องทำจากวัสดุที่แข็งแรง คงทนถาวร ไม่ชำรุดหรือซีดจางได้ง่ายอยู่ในตำแหน่งที่เห็นได้ชัดเจนจากภายนอกห้อง เพื่อสื่อให้ทราบอย่างชัดเจนว่าบริเวณดังกล่าวเป็นพื้นที่เก็บสำรองยา

ทั้งนี้ รูปถ่ายที่จัดส่งควรแสดงให้เห็นลักษณะพื้นที่เก็บสำรองยาและป้ายข้อความกำกับตามที่กำหนดอย่างครบถ้วน ชัดเจนสามารถยืนยันได้ว่ามีการจัดทำพื้นที่เก็บสำรองยาอย่างเหมาะสมตามหลักเกณฑ์การเก็บรักษา.

9. บริเวณพื้นที่เก็บสำรองยา (Stock) (ถ้ามี)



ให้ถ่ายรูปแสดง “ป้ายสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน” และ “ป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ” ที่ติดไว้ที่กระจก / ผนังด้านหน้าร้าน ในตำแหน่งที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอกร้าน และไม่ติดที่บานประตูซึ่งใช้เปิด-ปิดเข้าออกร้าน เพื่อป้องกันการชำรุดหรือบดบังการมองเห็น

หมายเหตุ 1. ในกรณารับชื่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ให้ใช้คำนำหน้าชื่อเฉพาะ “นาย” “นาง” หรือ “นางสาว” เท่านั้น ห้ามใช้ตำแหน่งวิชาชีพหรือคำนำหน้าอื่น เช่น ภก. ภญ. หรือคำอื่นใดเพิ่มเติม

2. ข้อความที่แสดงเลขที่ใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม เช่น “ภ. xxxx” หรือ “ภ. xxxxx” ต้องตรงกับเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ที่ออกโดยสภาเภสัชกรรมทุกประการ เพื่อความถูกต้องและตรวจสอบได้ตามกฎหมาย

10. ป้ายสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน และป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อสถานที่.....

ที่อยู่.....

ให้ถ่ายรูปอุปกรณ์ที่ใช้ในการให้บริการทางเภสัชกรรม ประกอบด้วย ถาดนับเม็ดยาและที่นับเม็ดยา รวมทั้งเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ โดยให้เป็นไปตามข้อกำหนดดังต่อไปนี้

1. ถาดนับเม็ดยาและที่นับเม็ดยา

- ให้ถ่ายรูปถาดนับเม็ดยาและที่นับเม็ดยา ของกลุ่มยาเพนนิซิลิน และ กลุ่มยาทั่วไป โดยในภาพต้องมองเห็นอุปกรณ์ทั้งสองกลุ่มอย่างชัดเจน
- ให้ติดป้ายแสดงข้อความ
 - “กลุ่มยาเพนนิซิลิน”
 - “กลุ่มยาทั่วไป”

ที่ฝาถาดนับเม็ดยา และที่ คำนับเม็ดยา (ด้านแคบ) ของแต่ละกลุ่มยา

- ข้อความบนป้ายให้ใช้ตัวพิมพ์ที่สามารถอ่านได้อย่างชัดเจน และจัดทำในลักษณะที่ **ติดแน่น ไม่หลุดลอก หรือชำรุดได้ง่าย** เพื่อความคงทนถาวรในการใช้งาน

2. เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ

- ให้ถ่ายรูปให้เห็น เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ อย่างชัดเจน โดยให้มองเห็นตัวเครื่องและลักษณะการจัดวางในบริเวณให้บริการ

หมายเหตุ

1. ข้อความ “กลุ่มยาเพนนิซิลิน” และ “กลุ่มยาทั่วไป” ให้สอดคล้องตามนี้เท่านั้น ห้ามดัดแปลง แก้ไข หรือตัดทอนข้อความ
2. ให้จัดอุปกรณ์ฯ ตามข้อ 1 และข้อ 2 โดยต้องเห็นอุปกรณ์ทั้งถาดนับเม็ดยา ที่นับเม็ดยา (พร้อมป้ายข้อความกำกับ) และเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติอย่างครบถ้วนและชัดเจน รวมอยู่ในรูปเดียว

11. ถาดนับเม็ดยา (กลุ่มยาเพนนิซิลิน และกลุ่มยาทั่วไป) และเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ

ให้ถ่ายรูปตู้เย็นที่ใช้สำหรับเก็บยา โดยต้องแสดงให้เห็นตู้เย็นทั้งใบอย่างชัดเจน พร้อมทั้งเห็นตำแหน่งการจัดวางตู้เย็นภายในร้าน ว่าตั้งอยู่บริเวณใดของพื้นที่ร้านยา

ทั้งนี้ รูปถ่ายควรแสดงให้เห็นบริเวณแวดล้อมโดยรอบในระดับที่สามารถยืนยันได้ว่าเป็นตู้เย็นที่ใช้สำหรับเก็บยา และมีการจัดวางในตำแหน่งที่เหมาะสมภายในร้านขายยาแผนปัจจุบัน

12. ตู้เย็นสำหรับเก็บยา

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อสถานที่.....
ที่อยู่.....

ให้ถ่ายรูปเครื่องชั่งน้ำหนักและที่วัดส่วนสูง โดยต้องแสดงให้เห็นตำแหน่งการจัดวางอุปกรณ์ทั้งสองภายในร้านอย่างชัดเจน ว่าตั้งอยู่บริเวณใดของพื้นที่ร้านยา โดยมีข้อกำหนดเพิ่มเติมดังนี้

1. เครื่องชั่งน้ำหนัก

- ต้องมีตัวเลขแสดงค่าระดับน้ำหนักอย่างชัดเจน อ่านได้ง่าย
- สามารถใช้ได้ทั้งชนิด แบบเข็ม หรือ แบบดิจิทัล โดยต้องมีความเที่ยงตรง เหมาะสมต่อการให้บริการประชาชน

2. ที่วัดส่วนสูง

- ต้องมีตัวเลขและขีดแบ่งแสดงค่าระดับความสูงอย่างชัดเจน อ่านได้ง่าย
- ต้องสามารถใช้วัดความสูงได้ตั้งแต่ ช่วง 0-50 เซนติเมตร ไปจนถึง 200 เซนติเมตร อย่างต่อเนื่อง

ทั้งนี้ รูปถ่ายควรแสดงให้เห็นเครื่องชั่งน้ำหนักและที่วัดส่วนสูงในภาพเดียวกัน พร้อมบริเวณแวดล้อมโดยรอบในระดับที่สามารถยืนยันได้ว่าเป็นอุปกรณ์ที่จัดวางไว้เพื่อใช้ในการให้บริการภายในร้านขายยาแผนปัจจุบันอย่างเหมาะสม

13. เครื่องชั่งน้ำหนัก และที่วัดส่วนสูงสำหรับผู้มารับบริการ

ให้ถ่ายรูปถังดับเพลิง โดยต้องแสดงให้เห็นตำแหน่งการจัดวางภายในร้านอย่างชัดเจน ว่าตั้งอยู่บริเวณใดของพื้นที่ร้านยา และสามารถประเมินได้ว่าอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมต่อการใช้งานกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน โดยมีข้อกำหนดดังต่อไปนี้

ลักษณะถังดับเพลิงและการจัดวาง

- ถังดับเพลิงที่ใช้ต้องมีขนาดบรรจุ **ไม่น้อยกว่า 4 กิโลกรัม**
- จัดวางในบริเวณที่เหมาะสม สามารถหยิบใช้งานได้สะดวกในกรณีฉุกเฉิน และต้อง **ไม่มีสิ่งของใดวางกีดขวาง** ทางเข้าถึงถังดับเพลิง
- การติดตั้งถังดับเพลิงให้ใช้ลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ดังนี้
 - **แขวนที่ผนัง** โดยความสูงจากพื้นถึงจุดติดตั้ง **ไม่เกิน 1.50 เมตร** เพื่อให้สามารถหยิบใช้งานได้โดยสะดวก
 - **หรือ จัดวางที่พื้น** โดยต้องมี **ขาตั้งสำหรับถังดับเพลิงโดยเฉพาะ** และวางเข้ามามิดมุมหนึ่งของร้านในลักษณะที่ไม่เกะกะทางเดิน แต่ยังสามารถเข้าถึงได้ง่ายเมื่อเกิดเหตุ

หมายเหตุ (กรณีอยู่ในอาคารที่มีระบบป้องกันอัคคีภัยส่วนกลาง)

- ในกรณีที่สถานที่ขายยาตั้งอยู่ใน **อาคาร ห้างสรรพสินค้า หรืออาคารสำนักงาน** ซึ่งมีการจัดให้มีระบบป้องกันอัคคีภัยและอุปกรณ์ดับเพลิงส่วนกลางของอาคารอยู่แล้ว
- สามารถใช้อ้างอิงระบบและอุปกรณ์ดังกล่าวได้ เช่น
 - รูปถ่าย **สายยางดับเพลิง (Fire hose)**
 - หรือ **ระบบกระจายน้ำดับเพลิงอัตโนมัติ (Sprinklers)**

ทั้งนี้ รูปถ่ายที่จัดส่งควรสามารถยืนยันได้ว่า มีการจัดให้มีอุปกรณ์ดับเพลิงและระบบป้องกันอัคคีภัยที่เหมาะสม สะดวกต่อการใช้งาน ตั้งอยู่ในตำแหน่งที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่ร้านขายยาอย่างชัดเจน และเป็นไปตามหลักความปลอดภัยขั้นพื้นฐานภายในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน

14. อุปกรณ์สำหรับดับเพลิง

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อสถานที่.....

ที่อยู่.....

ให้ถ่ายรูปของบรรจุยา โดยในรูปต้องเห็นรายละเอียดบนซองอย่างชัดเจน โดยเฉพาะ

- ชื่อร้านขายยา
- ที่ตั้งร้าน
- หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ

ทั้งนี้ ข้อมูลชื่อร้าน ที่ตั้งร้าน และหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อที่ระบุบนซองบรรจุยา **ต้องมีความครบถ้วน ถูกต้อง และสอดคล้องตรงตามเอกสารหลักฐาน** ที่ผู้ประกอบการได้ยื่นประกอบคำขออนุญาตต่อสำนักงานฯ เพื่อใช้เป็นหลักฐานยืนยันความถูกต้องของข้อมูลที่แสดงต่อผู้มารับบริการ

15. ซองบรรจุยา ที่มีชื่อร้าน ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์

ให้ถ่ายรูปผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เป็นภาพครึ่งตัวหรือเต็มตัว มุมหน้าตรง โดยมีข้อกำหนดดังต่อไปนี้

1. ลักษณะการแต่งกายของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
 - ต้องสวม เสื้อกาวน์สีขาว
 - บนเสื้อกาวน์ต้องมีการปัก **ตราสัญลักษณ์สภาเภสัชกรรม** อย่างชัดเจน
 - มีข้อความคำว่า “เภสัชกร” แสดงบนเสื้อกาวน์ให้ครบถ้วน อ่านได้ชัดเจน
2. ลักษณะการถ่ายภาพและตำแหน่งการยืน
 - ให้ถ่ายภาพในลักษณะ **หน้าตรง** จะเป็นครึ่งตัวหรือเต็มตัวก็ได้ โดยต้องเห็นใบหน้าและส่วนบนของลำตัวอย่างชัดเจน
 - ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้อง **ยืนถ่ายคู่กับ “ป้ายสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน” และ “ป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ”** ที่ติดแสดงอยู่บริเวณด้านหน้าร้าน
 - ในรูปต้องสามารถมองเห็นป้ายทั้งสองอย่างชัดเจน เพื่อยืนยันความเชื่อมโยงระหว่างผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการกับสถานที่ขายยา

ทั้งนี้ รูปถ่ายที่จัดส่งควรมีความคมชัด เห็นรายละเอียดของใบหน้า ตราสัญลักษณ์สภาเภสัชกรรม ข้อความคำว่า “เภสัชกร” บนเสื้อกาวน์ และป้ายที่ติดแสดงหน้าร้านได้อย่างชัดเจน เพื่อใช้เป็นหลักฐานประกอบการพิจารณาความถูกต้องตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

16. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อสถานที่.....
ที่อยู่.....

ให้ถ่ายรูปเครื่องปรับอากาศ โดยต้องแสดงให้เห็นตัวเครื่องปรับอากาศอย่างชัดเจน พร้อมทั้งแสดงตำแหน่งการติดตั้งภายในร้าน ว่าติดตั้งอยู่บริเวณใดของพื้นที่ร้านยา

ทั้งนี้ รูปถ่ายควรเห็นบริเวณโดยรอบในระดับที่เพียงพอ เพื่อยืนยันได้ว่าเครื่องปรับอากาศดังกล่าวเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ในการควบคุมสภาพแวดล้อมภายในร้านขายยาแผนปัจจุบัน และมีการติดตั้งในตำแหน่งที่เหมาะสมต่อการไหลเวียนอากาศและการให้บริการประชาชน

17. เครื่องปรับอากาศ

ให้ถ่ายรูปการติดตั้งฉนวนกันความร้อน หรือ อุปกรณ์/มาตรการอื่น ที่ช่วยควบคุมอุณหภูมิและสภาพแวดล้อมภายในร้านให้เหมาะสมต่อการเก็บรักษายา โดยในรูปควรแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า

- มีการติดตั้งฉนวนกันความร้อน หรืออุปกรณ์/มาตรการควบคุมอุณหภูมิและสภาพแวดล้อมภายในร้านจริง
- ลักษณะการติดตั้ง เช่น ติดตั้งที่ฝ้าเพดาน ผนัง หลังคา หรือบริเวณอื่นที่เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้ รูปถ่ายควรมีความคมชัดและเห็นบริเวณโดยรอบในระดับที่สามารถยืนยันได้ว่า มาตรการดังกล่าวมีการนำมาใช้จริง เพื่อสนับสนุนการควบคุมสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมต่อการเก็บรักษายาภายในร้านขายยาแผนปัจจุบัน

18. อื่น ๆ (ถ้ามี) เช่น ฉนวนกันความร้อน เป็นต้น

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อสถานที่.....

ที่อยู่.....

แผนผังภายในของสถานที่ (พิมพ์หรือวาดลงหมึก)

ให้จัดทำแผนผังภายในของสถานที่ (โดยจัดพิมพ์หรือวาดด้วยหมึกให้มีความชัดเจน อ่านได้ง่าย) โดยในแผนผังต้องระบุรายละเอียดอย่างน้อย ดังต่อไปนี้

1. ขนาดพื้นที่โดยรวมของสถานที่
 - ระบุความกว้าง และความยาวของสถานที่
2. ตำแหน่งทางเข้าร้าน
 - แสดงตำแหน่งประตูทางเข้าร้านให้ชัดเจนในแผนผัง
3. บริเวณให้บริการโดยเภสัชกร
 - ระบุความกว้างและความยาวของพื้นที่ให้บริการโดยเภสัชกร เช่น บริเวณเคาน์เตอร์จ่ายยา หรือบริเวณที่เภสัชกรปฏิบัติงานหลัก
4. บริเวณสำหรับให้คำปรึกษาและแนะนำการใช้ยา
 - แสดงตำแหน่งพื้นที่ให้คำปรึกษาและแนะนำการใช้ยา โดยให้เห็นความเชื่อมโยงกับบริเวณให้บริการโดยเภสัชกรอย่างเหมาะสม
5. บริเวณสำหรับให้ลูกค้าบริการตนเอง
 - ระบุตำแหน่งและขอบเขตพื้นที่ที่จัดไว้สำหรับลูกค้าบริการตนเองให้ชัดเจน เช่น พื้นที่ตู้/ชั้นวางยาที่ลูกค้าสามารถหยิบใช้ได้เอง
6. กรณีมีส่วนเชื่อมต่อหรือประตูอื่น ๆ
 - หากมีส่วนเชื่อมต่อ หรือประตูที่ใช้เข้า-ออกไปยังห้องหรือบริเวณอื่นซึ่งอยู่ติดกับพื้นที่ภายในร้าน ให้ระบุตำแหน่งและลักษณะของทางเชื่อม/ประตูดังกล่าวให้ชัดเจนในแผนผัง เพื่อให้เห็นความเชื่อมโยงของพื้นที่ทั้งหมดอย่างครบถ้วน ประกอบการพิจารณา

ทั้งนี้ แผนผังภายในควรมีการจัดระบุทิศทางหรือสัญลักษณ์ที่เหมาะสม ระบุหน่วย (เป็นหน่วยเมตร) เพื่อให้สามารถมองเห็นภาพรวมของการจัดสรรพื้นที่ภายในสถานที่ขายยาได้อย่างชัดเจน และใช้ประกอบการพิจารณาความเหมาะสมตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

ชื่อสถานที่.....

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง

ลงชื่อ.....

ที่อยู่.....

แผนที่ตั้งของสถานที่ (พิมพ์หรือวาดลงหมึก)

โปรดระบุพิกัด GPS ของสถานที่ที่ขออนุญาต.....

ให้จัดทำแผนที่ตั้งของสถานที่ (โดยจัดพิมพ์หรือวาดด้วยหมึกให้มีความชัดเจน อ่านง่าย) เพื่อใช้ประกอบคำขออนุญาต โดยให้ระบุรายละเอียดอย่างน้อยดังต่อไปนี้

1. พิกัดที่ตั้งของสถานที่

- ระบุ พิกัด GPS ของสถานที่ที่ขออนุญาตให้ชัดเจน (เช่น รูปแบบละติจูด/ลองจิจูด: 13.XXXXXX, 100.XXXXXX)
- ควรตรวจสอบความถูกต้องของพิกัดจากแผนที่ออนไลน์หรือระบบนำทาง เพื่อให้สามารถค้นหาตำแหน่งได้ตรงกับสถานที่จริง

2. เส้นทางการเดินทางไปยังสถานที่

- ระบุเส้นทางเดินทางอย่างละเอียดและชัดเจน เช่น
 - ชื่อถนนสายหลัก
 - ชื่อซอย/ตรอกที่ใช้เข้าถึงสถานที่
 - ชื่ออาคาร โครงการ หรือตลาด (ถ้ามี)
- ระบุ จุดสังเกตสำคัญใกล้เคียง เช่น โรงพยาบาล วัด โรงเรียน ปั้มน้ำมัน ห้างสรรพสินค้า หรืออาคารสำคัญอื่น ๆ ที่ช่วยให้สามารถสังเกตและค้นหาสถานที่ได้ง่ายขึ้น

3. ลักษณะการจัดทำแผนที่

- ควรแสดงทิศทาง (เช่น ทิศเหนือ) หรือใส่ลูกศรแสดงทิศทางถนนหลัก-ถนนรอง เพื่อให้เข้าใจทิศทางการเดินทางได้ชัดเจน
- แสดงตำแหน่งของสถานที่ที่ขออนุญาตให้เด่นชัด อาจใช้สัญลักษณ์ เช่น กรอบสี่เหลี่ยม วงกลม หรือเครื่องหมายพิเศษ พร้อมคำกำกับชื่อสถานที่

คำแนะนำเพิ่มเติม

- ระบุเส้นทางเดินทางให้ละเอียดชัดเจน
- ควรจัดทำแผนที่ให้อยู่ในขนาดที่เหมาะสม ไม่เล็กจนอ่านยาก และมีตัวหนังสือ/สัญลักษณ์ที่คมชัด
- ควรให้ข้อมูลแผนที่และเส้นทางสอดคล้องกับ ที่อยู่ที่ระบุในคำขออนุญาตสถานที่ เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการตรวจสอบ
- หากสถานที่ตั้งอยู่ในโครงการจัดสรร อาคารชุด หรืออาคารขนาดใหญ่ ควรระบุ ชื่อโครงการ/อาคาร เลขที่ห้องหรือยูนิต และชั้น ให้ครบถ้วนในแผนที่หรือคำอธิบายประกอบ
- แผนที่ตั้งของสถานที่จะถูกใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการตรวจสอบสถานที่จริง จึงควรจัดทำให้มีความชัดเจน ถูกต้อง และเข้าใจง่ายที่สุด

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

หนังสือมอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

(ชื่อและประเภทนิติบุคคล) สำนักงานใหญ่ ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....หมู่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....โดยมี.....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการแทนนิติบุคคล ปราบปรามหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล กระทรวงพาณิชย์

เลขที่.....ลงวันที่.....ขอมอบอำนาจและแต่งตั้งให้

.....เป็นผู้ดำเนินการและมีอำนาจกระทำการ หรือมอบ

อำนาจให้กระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการเกี่ยวกับการขออนุญาต การรับใบอนุญาต การต่ออายุใบอนุญาต

และกิจการอื่นใดทุกประการเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา **ไม่รวมถึงการแจ้งเลิกกิจการและการ**

ขอเปลี่ยนผู้รับอนุญาต.....

(หมายถึงประเภทใบอนุญาต)

การใดที่ผู้ดำเนินการและผู้รับมอบอำนาจดังกล่าว ได้กระทำไปภายใต้ขอบเขตแห่งการ

มอบอำนาจนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบและมีผลผูกพันข้าพเจ้าทุกประการ ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่.....

.....

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ

(.....)

(อากรแสตมป์ (ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

30 บาท) (.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หมายเหตุ 1. ใช้หนังสือมอบอำนาจนี้ 1 ฉบับ สำหรับใบอนุญาต 1 ประเภท (สำหรับนิติบุคคล)

2. การมอบอำนาจต้องทำตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล

หนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

- ผู้รับอนุญาต ผู้ดำเนินกิจการ ผู้ขออนุญาต
- ขยายยาแผนปัจจุบัน นำหรือสั่งยาแผนปัจจุบัน ฯ ผลิทยาแผนปัจจุบัน
- ขยายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
- ขยายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์
- ขยายยาแผนโบราณ นำหรือสั่งยาแผนโบราณ ฯ ผลิทยาแผนโบราณ

ของ ร้าน / หจก. / หสน. / บริษัท.....

ใบอนุญาตเลขที่.....ตั้งอยู่ที่.....

ขอมอบอำนาจให้.....

บัตรประจำตัวประชาชน บัตรประจำตัวข้าราชการ เลขที่.....

ออกให้โดย.....บัตรหมดอายุ.....

เป็นผู้กระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการเกี่ยวกับ การขออนุญาต การรับใบอนุญาต การต่อใบอนุญาต ลงนามเป็นผู้ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต การแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาต และกิจการอื่นใดทุกประการ เกี่ยวกับการประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา สำหรับใบอนุญาตดังกล่าวข้างต้น

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายใต้ขอบเขตแห่งการมอบอำนาจนี้ ข้าพเจ้าขอ
รับผิดชอบและมีผลผูกพันข้าพเจ้าทุกประการ ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่

วันที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

ปิด
อากรแสตมป์
10 บาท

แผนที่ตั้งของสถานที่.....

แสดงให้เห็นชัดเจนถึงตำแหน่งที่ตั้งของสถานที่ฯ

1. ระบุ ถนน / ตรอก / ซอย / แยก / ลีอก
2. จุดสังเกต หรือ สถานที่สำคัญที่บุคคลทั่วไปรู้จัก
3. ป้ายร้านค้า หรือป้ายที่เป็นจุดสังเกตได้ง่าย
4. สามารถอ่านได้ง่าย / สามารถวาดด้วยปากกาก็ได้ ไม่จำเป็นต้องพิมพ์
5. หากพิมพ์มาจาก โปรแกรม / แอปพลิเคชันต่างๆ ต้องระบุรายละเอียดข้างต้นให้ครบ

หมายเหตุ หากวาด ต้องลงหมึก

ขอรับรองว่าเป็นความจริง
ลงชื่อ.....

บัญชีการซื้อยา

.....
(ชื่อสถานที่ขายยา)

ลำดับที่	วัน เดือน ปี ที่ซื้อ	ชื่อผู้ขาย	ชื่อยา	เลขที่หรืออักษร ของครั้งที่ผลิต	จำนวน / ปริมาณ	ลายมือชื่อ ผู้จำหน่ายที่ปฏิบัติกร	หมายเหตุ

บัญชีการขยายราคาควบคุมพิเศษ

.....
(ชื่อสถานที่ขยาย)

ชื่อยา.....
ชื่อผู้ผลิต / ผู้นำเข้า..... ขนาดบรรจุ.....
ได้มาจาก..... จำนวนรับ..... วันที่รับ.....

ลำดับที่	วัน เดือน ปี ที่ขยาย	จำนวน / ปริมาณที่ขยาย	ชื่อ สกุล ผู้ซื้อ	ลายมือชื่อ ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	หมายเหตุ

บัญชีการขายอันตราย เหวะรายการยาที่เลขารการคณกรรการอาหารและยาเก่าทูแต

แบบ ข.ย. ๑๑

(ชื่อสถานที่ขายยา)

ชื่อยา

ชื่อผู้ผลิต / ผู้นำเข้า

ได้มาจาก

เลขที่หรืออักษรของครั้งที่ผลิต

จำนวนรับ

ขนาดบรรจุ

วันที่รับ

ลำดับที่	วัน เดือน ปี ที่ขาย	จำนวน / ปริมาณ ที่ขาย	ชื่อ สกุล ผู้ซื้อ	ลายมือชื่อ ผู้นำที่ปฏิบัติการ	หมายเหตุ

รายงานการขายตามที่เลขที่การคณะกรรมการอาหารและยากำหนด

(ชื่อ ที่อยู่ สถานที่ขาย)

ชื่อยา เลขทะเบียนตำรับยา ขนาดบรรจุ
 ชื่อผู้ผลิต / ผู้นำเข้า เลขที่หรืออักษรครั้งที่ผลิต
 ได้มาจาก จำนวนรับ วันที่รับ

ลำดับที่	วัน เดือน ปี ที่ขาย	จ่ายไปให้		จำนวน / ปริมาณ	หมายเหตุ
		ชื่อและที่อยู่	ประเภท		
				ขาย (หน่วยนับ) คงเหลือ (หน่วยนับ)	

(ลายมือชื่อ) ผู้รับอนุญาต.

(ลายมือชื่อ) ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

รายละเอียดสิ่งที่ควรดำเนินการ

ตัวอย่าง การลงบัญชี

1. บัญชีซื้อขาย เมื่อรับยาเข้าร้านจะต้องลงรายการยาที่ซื้อทั้งหมด ในบัญชีซื้อขาย ตามแบบ ข.ย.9 ทุกครั้ง โดยแสดงรายละเอียด ลำดับที่ วัน เดือน ปีที่ซื้อ ชื่อผู้ขาย ชื่อยา เลขที่หรืออักษรของครั้งที่ผลิต จำนวน/ปริมาณ รวมทั้งลายมือชื่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ และให้เก็บบัญชีไว้เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 3 ปีนับแต่วันซื้อ ตัวอย่างการลงบัญชีซื้อ (แบบ ข.ย.9) ตามรูป

บัญชีการซื้อขาย

แบบ ข.ย. ๙

ร้านขายยา
 (ชื่อสถานที่ขายยา)

ลำดับที่	วัน เดือน ปีที่ซื้อ	ชื่อผู้ขาย	ชื่อยา	เลขที่หรืออักษรของครั้งที่ผลิต	จำนวน / ปริมาณ	ลายมือชื่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	หมายเหตุ
1.	๑/๑๐/๕๙	Zoclig	Serelide [®] Acetablen [®] ๖๐/1๖๗๕๐	๙๙๙๙๙๙	3 แผง	นาย...	
2.	๑/๑๐/๕๙	คหจก	Madipol [®] ๖๐ ๗๕	๐๙๕๓	๑๐ แผง	นาย...	
3.	๑/๑๐/๕๙	คหจก	Madipol [®] ๖๐ ๗๕	๐๙๕๓	๑๐ แผง	นาย...	
4.	๑/๑๐/๕๙	คลังขายรวมเภสัชภัณฑ์	Chiroline - ๗๕ ๗๕	๙๙๙๙๙๙	6 ขวด	นาย...	
5.	๑/๑๐/๕๙	คลังขายรวมเภสัชภัณฑ์	Chiroline - ๗๕ ๗๕	๙๙๙๙๙๙	12 ขวด	นาย...	
๖.	๑/๑๐/๕๙	คลังขายรวมเภสัชภัณฑ์	Erlifol - ๕	๙๙๙๙๙๙	5๐ แผง	นาย...	
๗.	๑/๑๐/๕๙	คลังขายรวมเภสัชภัณฑ์	Shinfect [®] ๖๐๗๕ ๖๐	๙๙๙๙๙๙	6 ขวด	นาย...	
8.	๑/๑๐/๕๙	คลังขายรวมเภสัชภัณฑ์	Shinfect [®] ๖๐๗๕ ๖๐	๙๙๙๙๙๙	12 ขวด	นาย...	
9.	๑/๑๐/๕๙	คลังขายรวมเภสัชภัณฑ์	Fidogon - ๕ ๖๐๗๕ ๖๐	๙๙๙๙๙๙	12 ขวด	นาย...	
10.	๑/๑๐/๕๙	คลังขายรวมเภสัชภัณฑ์	Fidogon - ๕ ๖๐๗๕ ๖๐	๙๙๙๙๙๙	๑๒ ขวด	นาย...	

ทั้งนี้ ปริมาณยาที่จะซื้อเข้าร้านจะถูกจำกัดผ่านการควบคุมปริมาณการขายส่ง หรือการขายส่งให้ผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันของผู้ขายส่งยา ตามประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการขายยา ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 4 กันยายน 2558 เป็นต้นไป โดยมีรายละเอียดดังตาราง

ลำดับ	ชื่อยา	ประเภท	รูปแบบยา	ปริมาณที่ซื้อได้ต่อเดือน
1	ยาทรามาดอล (Tramadol)	ยาเดี่ยว และ ยาสูตรผสม	เม็ดและแคปซูล	ไม่เกิน 1,000 เม็ด หรือแคปซูลต่อเดือน
2	ยาเดกซ์โตรเมธอร์แฟน (Dextromethorphan)	ยาเดี่ยว และ ยาสูตรผสม	เม็ดและแคปซูล	ไม่เกิน 2,000 เม็ด หรือแคปซูลต่อเดือน
3	ยาจำพวกคอร์ติโคสเตอรอยด์ (Corticosteroids)	ยาเดี่ยว	เม็ดและแคปซูล	ไม่เกิน 1,000 เม็ด หรือแคปซูลต่อเดือน
4	ยาที่มีตัวยาซิลเดนาฟิล (Sildenafil) หรือทาดาลาฟิล (Tadalafil) หรือ วาเดนาฟิล (Vardenafil) เป็นตัวยาสำคัญ	ยาเดี่ยว	เม็ดและแคปซูล	ไม่เกิน 1,000 เม็ด หรือแคปซูลต่อเดือน
5	ยาในกลุ่มแอนติฮิสตามีน (Antihistamine) ตามรายการที่ประกาศฯ กำหนด	ยาเดี่ยว และ ยาสูตรผสม	ยาน้ำ	รอดิตตามประกาศฯ จากเว็บไซต์สำนักงานฯ อย. (http://drug.fda.moph.go.th/)

รายละเอียดสิ่งที่ควรดำเนินการ

2. บัญชีขายยาอันตรายฯ กรณีที่มีการขายยาอันตรายตามประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง รายการยาอันตรายที่ต้องทำบัญชีการขายยา ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 5 สิงหาคม 2558 เป็นต้นไป รายการยาที่จะต้องลงบัญชีขายยาฯ ตามแบบ ข.ย.11 ดังตาราง

ลำดับ	ชื่อยา	ประเภท	รูปแบบยา
1.	ยาทรามาโดล (Tramadol)	ยาเดี่ยว และยาสูตรผสม	ทุกรูปแบบ
2.	ยาเดกซ์โตรเมธอร์แฟน(Dextromethorphan)	ยาเดี่ยว และยาสูตรผสม	ทุกรูปแบบ
3.	ยาในกลุ่มแอนติฮิสตามีน (Antihistamine) ตามรายการต่อไปนี้ 1. บรอมเฟนิรามีน (Brompheniramine) 2. คาร์บิโนอกซามีน (Carbinoxamine) 3. คลอร์เฟนิรามีน (Chlorpheniramine) 4. ไฮโปรเฮปทาดีน (Cyproheptadine) 5. เดกซ์คลอร์เฟนิรามีน (Dexchlorpheniramine) 6. ไดเมนไฮดริเนต (Dimenhydrinate) 7. ไดเฟนไฮดรามีน (Diphenhydramine) 8. ด็อกซีลามีน (Doxylamine) 9. ไฮดรอกซีซีน (Hydroxyzine) 10. โปรเมทาซีน (Promethazine) 11. ไตรโพรลิดีน (Triprolidine)	ยาเดี่ยว และยาสูตรผสม	เฉพาะรูปแบบยาน้ำ

ทั้งนี้ต้องจัดทำบัญชี และเก็บรักษาบัญชีไว้ ณ สถานที่ขายยาตามที่ระบุไว้ในใบอนุญาต พร้อมให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบได้ทุกเมื่อ

ตัวอย่างการจัดทำบัญชี แสดงตามรูป

บัญชีการขายยาอันตราย เฉพาะรายการยาที่เลขานุการคณะกรรมการอาหารและยากล่าว

แบบ ข.ย. ๑๑

วันที่ออกใบ ปีนักษัตต์
(เขียนตามที่ยา)

ชื่อยา Elixif-5[®] (Dextromethorphan HBr 15 mg)
ชื่อผู้ผลิต / ผู้จำหน่าย บริษัท จำกัด เลขที่ใบอนุญาตฯ 1705340 ขนาดบรรจุ 1 ขวด (50 หลอด)
ได้มาจาก บริษัท จำกัด จำนวน 1 ขวด (50 หลอด) วันที่รับ 2 / 10 / 58

ลำดับที่	วัน เดือน ปี ที่ขาย	จำนวน / ปริมาณ ที่ขาย	ชื่อ สกุล ผู้ซื้อ	ลายมือชื่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	หมายเหตุ
1.	2 / 10 / 58	1 หลอด	คุณหญิง ใจทอง	
2.	2 / 10 / 58	1 หลอด	คุณ ใจเป่า	
3.	3 / 10 / 58	1 หลอด	คุณ ใจแดง	
4.	4 / 10 / 58	2 หลอด	คุณ ใจแก้ว	
5.	10 / 10 / 58	1 หลอด	คุณ ใจดี	
6.	11 / 10 / 58	2 หลอด	คุณ ใจดี	
7.	20 / 10 / 58	1 หลอด	คุณ ใจดี	
8.	21 / 10 / 58	1 หลอด	คุณ ใจดี	
9.	22 / 10 / 58	2 หลอด	คุณ ใจดี	

รายละเอียดสิ่งที่ควรดำเนินการ

โดยการทำบัญชีขายยาอันตรายฯ ตามแบบ ข.ย.11 จะต้องแสดงความเชื่อมโยงกับบัญชีซื้อขาย ตามแบบ ข.ย.9 โดยในแบบ ข.ย.11 นั้น 1 Lot. ในครั้งที่รับยาเข้าร้านนั้นๆ (ตามแบบ ข.ย.9) จะต้องลงรายการในแบบ ข.ย.11 1 ใบ หรืออาจกล่าวได้ว่าใน แบบ ข.ย.11 ใบหนึ่งๆ นั้นจะใช้กับยาที่รับเข้าร้านตามแบบ ข.ย.9 ขนาดความแรง และ Lot หนึ่งๆ เท่านั้น ดังตัวอย่าง

แบบ ข.ย. ๙๓

บัญชีการค้าซื้อขาย

ร้านขายยา บ้านทองเคอส์
(ชื่อสถานที่ขายยา)

ลำดับที่	วัน เดือน ปี ที่ซื้อ	ชื่อผู้ขาย	ชื่อยา	เลขที่หรืออักษรของครั้งที่ผลิต	จำนวน / ปริมาณ	ลายมือชื่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	หมายเหตุ
1.	2/10/51	Wellig	Seretic® Acetablen® 50/250 mg	42P1166	3 กล่อง	(ลาย)	
2.	2/10/52	Phong	Madiplo® 10 mg	0153	10 แผง	(ลาย)	
3.	2/10/52	Phong	Madiplo® 30 mg	0212	10 แผง	(ลาย)	
4.	2/10/51	คลังยาธรรมธรงค์	Clinvale® 15 g	6103251	6 ขวด	(ลาย)	
5.	2/10/51	คลังยาธรรมธรงค์	Clinvale® 5 g	6301432	12 ขวด	(ลาย)	
6.	2/10/51	คลังยาธรรมธรงค์	Eifcof® 5	1703340	50 แผง	(ลาย)	
7.	2/10/51	คลังยาธรรมธรงค์	Skinfect® 15g	๕๖๐443๐	๑ ขวด	(ลาย)	

- ในวันที่ 2 ตุลาคม 2558 มีการรับยา Eifcof-G Lot.no. 1703340 จำนวน 50 แผง (1 กล่อง) จากคลังยาธรรมธรงค์ (บันทึกลงใน แบบ ข.ย.9)
- จัดทำบัญชีขายยาอันตรายฯ ตาม แบบ ข.ย.11 1 ใบ เพื่อลงรายการขายยา Eifcof-G Lot.no. 1703340 ตามจำนวนที่รับมาใน Lot. นั้นๆ

แบบ ข.ย. ๙๓

บัญชีการค้าขายยาอันตราย เฉพาะรายการยาที่เลขวิธีการคณะกรรมการอาหารและยากำหนด

ร้านขายยา บ้านทองเคอส์
(ชื่อสถานที่ขายยา)

ชื่อยา Eifcof-G (Dexamethasone HRP 4g mg)

ชื่อผู้ซื้อ / ผู้รับเข้า บ.ทองเคอส์ จำกัด คลังยาธรรมธรงค์ เลขที่หรืออักษรของครั้งที่ผลิต 1703340 ขนาดบรรจุ ๑๐ แผง / ๕๐ แผง (50 แผง)

ได้มาจาก คลังยาธรรมธรงค์ จำนวนรับ 1 กล่อง (50 แผง) วันที่รับ 2/10/51

ลำดับที่	วัน เดือน ปี ที่ขาย	จำนวน / ปริมาณ ที่ขาย	ชื่อ ผู้ซื้อ	ลายมือชื่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	หมายเหตุ
1.	2/10/51	1 1๕๐๖	คลังยาธรรมธรงค์	(ลาย)	
2.	2/10/51	1 ๕๕๖	คลังยาธรรมธรงค์	(ลาย)	
3.	2/10/51	1 ๕๕๖	คลังยาธรรมธรงค์	(ลาย)	

การกำหนดปริมาณสำหรับขายปลีก ตามประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไข ในการขายยา (มีผลบังคับตั้งแต่วันที่ 4 กันยายน 2558 เป็นต้นไป) กำหนดให้การขายยาอันตรายต่อไปนี้ ต้องขายภายใต้หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนด สำหรับยาที่เป็นยาควบคุมพิเศษจะต้องขายตามปริมาณที่ระบุในใบสั่งแพทย์ และทวนสอบกับแพทย์ผู้สั่งใช้ยาหากมีข้อสงสัย

รายละเอียดสิ่งที่ควรดำเนินการ

ลำดับ	ชื่อยา	ประเภท	รูปแบบยา	ปริมาณขายปลีก
1.	ยา ترامาดอล (Tramadol)	ยาเดี่ยว และ ยาสูตรผสม	เม็ดและ แคปซูล	- เฉพาะกับผู้มีความจำเป็นในการ ใช้ยาตามข้อบ่งใช้ของยาเท่านั้น - ไม่เกิน 20 เม็ดหรือแคปซูล/คน/ครั้ง - ห้ามขายให้ผู้มีอายุต่ำกว่า 17 ปี ในทุกกรณี
2.	ยาเดกซ์โทรเมธอร์แฟน (Dextromethorphan)	ยาเดี่ยว และ ยาสูตรผสม	เม็ดและ แคปซูล	- เฉพาะกับผู้มีความจำเป็นในการ ใช้ยาตามข้อบ่งใช้ของยาเท่านั้น - ไม่เกิน 3 ขวด (180 มล.) /คน/ครั้ง - ไม่เกิน 20 เม็ดหรือแคปซูล/คน/ครั้ง
3.	ยาในกลุ่มแอนติฮิสตามีน (Antihistamine) ตาม รายการต่อไปนี้ 1. บรอมเฟนิรามีน (Brompheniramine) 2. คาร์บิน็อกซามีน (Carbinoxamine) 3. คลอร์เฟนิรามีน (Chlorpheniramine) 4. ไซโปรเฮปทาดีน (Cyproheptadine) 5. เดกซ์คลอร์เฟนิรามีน (Dexchlorpheniramine) 6. ไดเมนไฮดริเนต (Dimenhydrinate) 7. ไดเฟนไฮดรามีน (Diphenhydramine) 8. ด็อกซีลามีน (Doxylamine) 9. ไฮดรอกซีซีน (Hydroxyzine) 10. โพรเมทาซีน (Promethazine) 11. ไตรโพรลิดีน (Triprolidine)	ยาเดี่ยว และ ยาสูตรผสม	ยาน้ำ	- เฉพาะกับผู้มีความจำเป็นในการ ใช้ยาตามข้อบ่งใช้ของยาเท่านั้น - ไม่เกิน 3 ขวด (180 มล.) /คน/ครั้ง

3. บัญชีการขายยาควบคุมพิเศษ การขายยาควบคุมพิเศษทุกรายการจะต้องลงรายการยาควบคุมพิเศษที่
ขายไปโดยแสดงรายละเอียดลำดับที่ วัน เดือน ปี ที่ขาย จำนวน/ปริมาณ ที่ขาย ชื่อ สกุล ผู้ซื้อ รวมทั้งลายมือ
ชื่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการด้วย และให้เก็บบัญชีไว้เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 3 ปีนับแต่วันที่ขาย โดย 1 ใบของ
แบบฟอร์ม ขย.10 จะลงบัญชีได้เฉพาะชื่อการค้าเดี่ยว และเลขที่หรืออักษรของครั้งที่ผลิตเดี่ยวเท่านั้นดังรูป

แบบ ขย. ๑๐

บัญชีการขายยาควบคุมพิเศษ

สำนักงาน ป่าหลุมในคดี

(ชื่อสถานที่ขายยา)

ชื่อยา Serelide[®] Acevaler[®] 50/250 mcg (Salmeterol 50 mcg, Fluticasone Propionate 250 mcg)

ชื่อผู้ผลิต / ผู้นำเข้า (Laxo Smith, Kline (Thailand)) เลขที่หรืออักษรของครั้งที่ผลิต 4217166 ขนาดบรรจุ 50 ขวด

ได้มาจาก Zuehlig จำนวนรับ 3 ขวด วันที่รับ 2/10/53

ลำดับที่	วัน เดือน ปี ที่ขาย	จำนวน / ปริมาณที่ขาย	ชื่อ สกุล ผู้ซื้อ	ลายมือชื่อ ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	หมายเหตุ
1.	1-31/10/53	ไม่มีการขาย		None	
2.	2/11/53	1 ขวด (10x)	คุณชอุณหง วรรณรัตน์	None	

รายละเอียดสิ่งที่ควรดำเนินการ

หากสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันนั้นไม่มีการขายยาควบคุมพิเศษ ยังคงต้องมีการทำบัญชีการขายยาควบคุมพิเศษ (ข.ย.10) แต่ลงบันทึกเป็น ไม่มีการซื้อและไม่มีการขายยาควบคุมพิเศษ (Zero order report) พร้อมทั้งลงลายมือชื่อเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการด้วย

แบบ ข.ย. ๑๐

บัญชีการขายยาควบคุมพิเศษ
ร้านขายยา ปานทองเภสัช
(ชื่อสถานที่ขายยา)

ชื่อยา.....
 ผู้ผลิต / ผู้นำเข้า..... เลขที่หรืออักษรของครั้งที่ผลิต..... ขนาดบรรจุ.....
 ได้มาจาก..... จำนวนรับ..... ที่ได้รับ.....

ลำดับที่	วัน เดือน ปี ที่ขาย	จำนวน / ปริมาณที่ขาย	ชื่อ สกุล ผู้ซื้อ	ลายมือชื่อ ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	หมายเหตุ
ไม่มีการซื้อ และไม่มีการขายยา ควบคุมข.ย. ๑๐ เภสัชกร (พงษ์กร เภสัชกร ปานทอง) เภสัชกรประจำร้านขายยา					

การทำบัญชีการขายยาควบคุมพิเศษตามแบบ ข.ย.10 จะต้องแสดงความเชื่อมโยงกับบัญชีซื้อขายตามแบบ ข.ย.9 โดยในแบบ ข.ย.10 นั้น 1 Lot. ในครั้งที่รับยาเข้าร้านนั้นๆ (ตามแบบ ข.ย.9) จะต้องลงรายการในแบบ ข.ย.10 1 ใบ หรืออาจกล่าวได้ว่าในแบบ ข.ย.10 ใบหนึ่งๆ นั้นจะใช้กับยาที่รับเข้าร้านตามแบบ ข.ย. 9 ขนาดความแรงและ Lot. หนึ่งๆ เท่านั้น ดังตัวอย่าง

แบบ ข.ย. ๙

บัญชีการซื้อขาย
ร้านขายยา ปานทองเภสัช
(ชื่อสถานที่ขายยา)

ลำดับที่	วัน เดือน ปี ที่ซื้อ	ชื่อผู้ขาย	ชื่อยา	เลขที่หรืออักษรของครั้งที่ผลิต	จำนวน / ปริมาณ	ลายมือชื่อ ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	หมายเหตุ
1.	2/10/58	Zuellig	Seretide [®] Accuhaler [®] 50/250 mcg	4ZP7166	3 กล่อง	ไม่พบ	
2.	2/10/58	พหส	Madiprot [®] 10 mg	0453	10 แผง	ไม่พบ	
3.	2/10/58	พหส	Madiprot [®] 20 mg	0212	10 แผง	ไม่พบ	
4.	2/10/58	คลังทองระยองเภสัช	Chivrate [®] 15 g	6705251	6 ขวด	ไม่พบ	
5.	2/10/58	คลังทองระยองเภสัช	Chivrate [®] 5 g	680443E	12 ขวด	ไม่พบ	
6.	2/10/58	คลังทองระยองเภสัช	Gilcof [®] - 5	170334e	50 แผง	ไม่พบ	

- ในวันที่ 2 ตุลาคม 2558 มีการรับยา Seretide Accuhaler Lot.no. 4ZP7166 จำนวน 3 กล่อง จากบริษัท Zuellig ลงใน แบบ ข.ย.9
- จัดทำบัญชีการขายยาควบคุมพิเศษ ตามแบบ ข.ย.10 1 ใบ เพื่อลงรายการขายยา Seretide Accuhaler Lot.no. 4ZP7166 ตามจำนวนที่รับมาใน Lot. นั้นๆ

รายละเอียดสิ่งที่ควรดำเนินการ

แบบ ข.ย. ๑๐

บัญชีการขายยาควบคุมพิเศษ

บ้านเลขที่ ป่าหลวงดงเสือ

(ชื่อสถานที่ขายยา)

ชื่อยา Siretide® Accubaler® 50/250 mg. (Salmeterol 50 mcg., Fluticasone Propionate 250 mcg.)

ชื่อผู้ผลิต / ผู้นำเข้า Glaxo Smith Kline (Thailand) เลขที่หรือลักษณะรายการที่ผลิต 4297366 ขนาดบรรจุ 60 กล่อง

ได้มาจาก Zinellig จำนวนวัน 5 กลั้ว วันที่รับ 2/10/58

ลำดับที่	วัน เดือน ปี ที่ขาย	จำนวน / ปริมาณที่ขาย	ชื่อ สกุล ผู้ซื้อ	ลายมือชื่อ ผู้นำเข้าที่ปฏิบัติการ	หมายเหตุ
1.	1-31/ 10/ 58	ไม่ส่งขายยา		ไม่ส่ง	
2	2 / 11 / 58	1 กล่อง (15x)	คุณชัชพร พรหมกัญ	ไม่ส่ง	

4. บัญชีขายยาตามใบสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ (แบบ ข.ย. 12) ให้จัดทำบัญชีนี้เมื่อมีการขายยาตามใบสั่งใบสั่งยาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ (ผู้ประกอบวิชาชีพสัตวแพทย์) ไม่ว่าจะเป็ดยาประเภทใดก็ตาม โดยรายละเอียด ลำดับที่ วัน เดือน ปี ที่ขายยา ผู้สั่งยา (ชื่อ-สกุล ที่อยู่หรือทำงาน) ผู้ใช้ยา (ชื่อ-สกุล อายุ ที่อยู่) ชื่อยา และจำนวน/ปริมาณ รวมทั้งลายมือชื่อผู้นำเข้าที่ปฏิบัติการ และให้เก็บใบสั่งยาไว้เป็นเวลาไม่น้อยกว่าหนึ่งปีนับแต่วันขาย และให้เก็บบัญชี ข.ย.12 ไว้เป็นเวลาไม่น้อยกว่าสามปี นับแต่วันขาย ตามรูป

แบบ ข.ย. ๑๒

บัญชีการขายยาตามใบสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์

บ้านเลขที่ ป่าหลวงดงเสือ

(ชื่อสถานที่ขายยา)

ลำดับที่	วัน เดือน ปี ที่ขายยา	ผู้สั่งยา		ผู้ใช้ยา			ชื่อยา และ จำนวน / ปริมาณ	ลายมือชื่อ ผู้นำเข้าที่ปฏิบัติการ	หมายเหตุ
		ชื่อ - สกุล	ที่อยู่หรือทำงาน	ชื่อ - สกุล	อายุ	ที่อยู่			
1.	2/11/58	พ.ศ. ชน. สิริสุข	พ.ศ. อธิราชกุล	คุณชัชพร พรหมกัญ	33 ปี	6 ถนนสีลม แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพฯ	Siretide® Accubaler® 50/250 mg. 1 กล่อง (15x)	ไม่ส่ง	

รายละเอียดสิ่งที่ควรดำเนินการ

หากสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันนั้น ไม่มีการขายยาตามใบสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ ยังคงต้องมีการทำบัญชีการขายยาควบคุมพิเศษ (ข.ย.12) แต่ลงบันทึกเป็น ไม่มีการขายยาตามใบสั่งตาม แบบ ข.ย.12 (Zero report) รวมทั้งมีการลงลายมือชื่อเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ด้วย

แบบ ข.ย. ๑๒

บัญชีการขายยาตามใบสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะ
หรือผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์
.....
.....
(ชื่อสถานที่ขายยา)

ลำดับที่	วัน เดือน ปี ที่ขายยา	ผู้ซื้อยา		ผู้ขายยา			ชื่อยา และ จำนวน / ปริมาณ	ลายมือชื่อ ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	หมายเหตุ
		ชื่อ - สกุล	ที่อยู่หรือทำงาน	ชื่อ - สกุล	อายุ	ที่อยู่			
<p>ไม่มีการจัดส่ง ยา หอข. ข.ย. 12</p> <p>..... (ลายมือชื่อ เภสัชกร) เภสัชกรประจำร้าน.....</p>									

5. รายงานการขายยาตามที่เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยากำหนด ผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะที่เป็นกรขายส่ง และผู้รับอนุญาตขายส่งยาแผนปัจจุบัน จะต้องทำรายงานตามแบบ ข.ย.13 รายงานต่อ อย.ทุก 4 เดือน ตามประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง รายงานยาที่ต้องรายงานต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

แบบ ข.ย. ๑๓

รายงานการขายยาตามที่เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยากำหนด
.....
(ชื่อ ที่อยู่ สถานที่ขายยา)

ชื่อยา เลขทะเบียนตำรับยา

ชื่อผู้ผลิต / ผู้นำเข้า เลขที่หรือชื่อของครั้งที่ผลิต ขนาดบรรจุ

ได้มาจาก จำนวนรับ วันที่รับ

ลำดับที่	วัน เดือน ปี ที่ขาย	จ่ายไปให้		จำนวน / ปริมาณ		หมายเหตุ
		ชื่อและที่อยู่	ประเภท	ขาย (หน่วยนับ)	คงเหลือ (หน่วยนับ)	

(ลายมือชื่อ) ผู้รับอนุญาต
(ลายมือชื่อ) ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ