



สำนักงานรับรองร้านยาคุณภาพ สภาเภสัชกรรม

The Office of Community Pharmacy Accreditation (Thailand)



สำนักงานรับรองร้านยาคุณภาพ สภาเภสัชกรรม อาคารสภาวิชาชีพ ชั้น 8 กระทรวงสาธารณสุข
เลขที่ 88/19 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 080 285 8082 Website: <https://www.papc.pharmacycouncil.org>
Email: papc@pharmacycouncil.org

ประกาศสำนักงานรับรองร้านยาคุณภาพ

ที่ ๔/๒๕๖๓

เรื่อง แบบคำขอรับการตรวจประเมิน

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดแบบคำขอรับการตรวจประเมินเพื่อรับรองเป็นร้านยาคุณภาพ แบบคำขอรับการตรวจประเมินเพื่อต่ออายุการรับรองร้านยาคุณภาพ และแบบคำขอรับการตรวจประเมินใหม่ร้านยาคุณภาพ กรณีย้ายสถานที่ขายยา เปลี่ยนตัวผู้รับอนุญาต หรือเปลี่ยนตัวผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ รวมถึงหนังสือแจ้งการเปลี่ยนแปลงของร้านยาคุณภาพให้เป็นไปอย่างเหมาะสม

อาศัยอำนาจตามความในหมวด ๑ ข้อ ๗(๑) ข้อ ๘(๑๒) และข้อ ๒๕ แห่งข้อบังคับสภาเภสัชกรรม ว่าด้วยการรับรองร้านยาคุณภาพ พ.ศ. ๒๕๖๒ ประกอบกับข้อ ๔ วรรคสอง แห่งประกาศสภาเภสัชกรรมที่ ๗๓/๒๕๖๓ สำนักงานรับรองร้านยาคุณภาพจึงออกประกาศ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการรับรองร้านยาคุณภาพ ในการประชุมครั้งที่ ๑๐/๒๕๖๓ เมื่อวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ ดังนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานรับรองร้านยาคุณภาพ ที่ ๔/๒๕๖๓ เรื่องแบบคำขอรับการตรวจประเมิน”

ข้อ ๒ ในประกาศนี้

“ผู้อำนวยการ” หมายความว่า ผู้อำนวยการสำนักงานรับรองร้านยาคุณภาพ

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานรับรองร้านยาคุณภาพ

“การรับรอง” หมายความว่า การรับรองร้านยาคุณภาพที่มีการบริหารและการจัดบริการทางเภสัชกรรม เป็นไปตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมที่สภาเภสัชกรรมประกาศกำหนด หรือที่สภาเภสัชกรรมเห็นชอบ

“ร้านยา” หมายความว่า ร้านยาที่ได้รับใบอนุญาตขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยา

“ร้านยาคุณภาพ” หมายความว่า ร้านยาที่ผ่านการรับรองคุณภาพจากสภาเภสัชกรรมที่มีการบริหารและการจัดบริการทางเภสัชกรรมเป็นไปตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมที่สภาเภสัชกรรมประกาศกำหนดหรือที่สภาเภสัชกรรมเห็นชอบ

ข้อ ๓ ให้ผู้อำนวยการเป็นผู้รักษาการตามประกาศนี้

ในกรณีที่มีปัญหาในการตีความ หรือมีกรณีที่มีได้กำหนดไว้ในประกาศนี้ หรือในกรณีที่มีปัญหาในการปฏิบัติตามประกาศนี้ ให้ผู้อำนวยการเป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาด ในกรณีที่ผู้อำนวยการเห็นสมควรอาจเสนอให้คณะกรรมการเป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาดก็ได้

ข้อ ๔ ผู้ยื่นคำขอหรือผู้ยื่นหนังสือแจ้งตามประกาศนี้ต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมที่เป็นผู้ดำเนินการหรือเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของร้านยาหรือร้านยาคุณภาพนั้น

ข้อ ๕ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๔ เป็นต้นไป

หมวด ๑

กรณีรับรอง หรือครบอายุการรับรอง

ข้อ ๖ ร้านยาใดประสงค์จะขอการรับรองร้านยาคุณภาพ ให้ยื่นคำขอรับการตรวจประเมินเพื่อรับรองเป็นร้านยาคุณภาพพร้อมแนบเอกสารหรือหลักฐานต่อสำนักงาน ตามแบบ คช.สรร.๐๑ ท้ายประกาศ

ข้อ ๗ ร้านยาคุณภาพใดประสงค์หรือถูกกำหนดให้ขอการรับรองร้านยาคุณภาพใหม่โดยใช้กระบวนการเดียวกับร้านยา ให้ยื่นคำขอรับการตรวจประเมินเพื่อรับรองเป็นร้านยาคุณภาพ พร้อมแนบเอกสารหรือหลักฐานต่อสำนักงาน ตามแบบ คช.สรร.๐๑ ท้ายประกาศ

ข้อ ๘ ร้านยาคุณภาพใดใกล้สิ้นอายุการรับรองครั้งที่ ๑,๒,๓ หรือ ๔ และประสงค์จะขอการรับรองร้านยาคุณภาพในครั้งถัดไป ให้ยื่นคำขอรับการตรวจประเมินเพื่อต่ออายุการรับรองร้านยาคุณภาพพร้อมแนบเอกสารหรือหลักฐานต่อสำนักงาน ตามแบบ คช.สรร.๐๖ ท้ายประกาศ

ข้อ ๙ ร้านยาคุณภาพใดใกล้สิ้นอายุการรับรองครั้งที่ ๕ หรือครั้งที่ ๖ และประสงค์จะขอการรับรองร้านยาคุณภาพในรอบถัดไป ให้ยื่นคำขอรับการตรวจประเมินเพื่อรับรองเป็นร้านยาคุณภาพพร้อมแนบเอกสารหรือหลักฐานต่อสำนักงาน ตามแบบ คช.สรร.๐๑ ท้ายประกาศ

หมวด ๒

กรณีย้ายสถานที่ขายยา เปลี่ยนตัวผู้รับอนุญาต เปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมชื่อสถานที่ หรือเปลี่ยนตัวผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ข้อ ๑๐ ร้านยาคุณภาพใดย้ายสถานที่ขายยาและประสงค์จะขอการรับรองร้านยาคุณภาพกรณีย้ายสถานที่ขายยา ให้ยื่นคำขอรับการตรวจประเมินใหม่ร้านยาคุณภาพกรณีย้ายสถานที่ขายยาพร้อมแนบเอกสารหรือหลักฐานต่อสำนักงาน ตามแบบ คช.สรร.๐๖/๑ ท้ายประกาศ

ข้อ ๑๑ ร้านยาคุณภาพใดเปลี่ยนตัวผู้รับอนุญาตตามหมวด ๓ ข้อ ๘ (๑) (๒) (๓) (๔) แห่งประกาศสภาเภสัชกรรมที่ ๗๓/๒๕๖๓ และประสงค์จะขอการรับรองร้านยาคุณภาพกรณีเปลี่ยนตัวผู้รับอนุญาต ให้ยื่นคำขอรับการตรวจประเมินใหม่ร้านยาคุณภาพกรณีเปลี่ยนตัวผู้รับอนุญาตพร้อมแนบเอกสารหรือหลักฐานต่อสำนักงาน ตามแบบ คช.สรร.๐๖/๒ ท้ายประกาศ

ข้อ ๑๒ ร้านยาคุณภาพใดเปลี่ยนตัวผู้รับอนุญาตแต่ได้รับยกเว้นไม่ต้องยื่นคำขอตามหมวด ๓ ข้อ ๙ (๒) (๓) แห่งประกาศสภาเภสัชกรรมที่ ๗๓/๒๕๖๓ ให้ยื่นหนังสือแจ้งกรณีร้านยาคุณภาพเปลี่ยนตัวผู้รับอนุญาต แต่ได้รับการยกเว้นไม่ต้องยื่นคำขอ พร้อมแนบเอกสารหรือหลักฐานต่อสำนักงาน ตามแบบ คจ.สรร.๐๖/๒๖ ท้ายประกาศ

ข้อ ๑๓ ร้านยาคุณภาพใดได้รับอนุญาตให้เปลี่ยนแปลงตามกฎหมายว่าด้วยยา กรณีดังต่อไปนี้

(๑) เปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการโดยผู้รับอนุญาตยังคงเป็นนิติบุคคลรายเดิมซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องยื่นคำขอตามหมวด ๓ ข้อ ๙(๑) แห่งประกาศสภาเภสัชกรรมที่ ๗๓/๒๕๖๓

(๒) เปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมชื่อสถานที่โดยมิได้ย้ายสถานที่ขายยา เปลี่ยนตัวผู้รับอนุญาต หรือเปลี่ยนตัวผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ให้ยื่นหนังสือแจ้งการเปลี่ยนแปลงของร้านยาคุณภาพพร้อมแนบเอกสารหรือหลักฐานต่อสำนักงาน ตามแบบ คจ.สรร.๐๖/๒๖ ท้ายประกาศ

ข้อ ๑๔ ร้านยาคุณภาพใดเปลี่ยนตัวผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามหมวด ๔ ข้อ ๑๐ ข้อ ๑๑ แห่งประกาศสภาเภสัชกรรมที่ ๗๓/๒๕๖๓ และประสงค์จะขอการรับรองร้านยาคุณภาพกรณีเปลี่ยนตัวผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ให้ยื่นคำขอรับการตรวจประเมินใหม่ร้านยาคุณภาพกรณีเปลี่ยนตัวผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการพร้อมแนบเอกสารหรือหลักฐานต่อสำนักงาน ตามแบบ คจ.สรร.๐๖/๓ ท้ายประกาศ

หมวด ๓

กรณีมีการเปลี่ยนแปลงเกินหนึ่งกรณี

ข้อ ๑๕ ร้านยาคุณภาพใดมีการเปลี่ยนแปลงเกินหนึ่งกรณี ตามข้อ ๔(๑) (๒) (๓) (๔) แห่งประกาศสภาเภสัชกรรมที่ ๗๓/๒๕๖๓ ให้ดำเนินการตามข้อ ๗

จึงขอประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓



(รองศาสตราจารย์ ดร. เกสัชกรหญิงวรรณฯ ศรีวิริยานุภาพ)
ผู้อำนวยการสำนักงานรับรองร้านยาคุณภาพ



คำขอรับการตรวจประเมิน
เพื่อรับรองเป็นร้านยาคุณภาพ

เลขรับที่.....
วันที่.....
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

คำขอรับการตรวจประเมินกรณี ร้านยาขอรับรอง ร้านยาคุณภาพขอรับรองรอบถัดไป
 ร้านยาคุณภาพขอรับรองใหม่โดยใช้กระบวนการเดียวกับร้านยา

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ข้อมูลผู้ยื่นคำขอ

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี สัญชาติ.....

เลขประจำตัวประชาชน เลขใบประกอบวิชาชีพ.....

ที่อยู่เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรสาร..... โทรศัพท์..... E-mail.....

มีหน้าที่เป็น.....ในร้านยาหรือร้านยาคุณภาพ

๒. ข้อมูลร้านยาหรือร้านยาคุณภาพ

ชื่อร้าน.....จังหวัด.....

เลขที่รับรอง.....ช่วงเวลาที่ได้รับรอง.....(ระบุกรณีร้านยาคุณภาพ)

๓. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้า มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามใด ๆ ตามระเบียบของสำนักงาน และ
ได้แนบเอกสารประกอบการยื่นคำขอดังนี้

๓.๑ ใบแสดงเจตจำนงและแบบประเมินตนเองเพื่อการรับรองร้านยาคุณภาพ สรร ๐๑ ที่ระบุข้อมูลครบถ้วนแล้ว

๓.๒ สำเนาใบอนุญาตขายยา (สำเนาทุกหน้า)

๓.๓ สำเนาใบอนุญาตอื่นที่คณะกรรมการกำหนด (สำเนาทุกหน้ากรณีมีใบอนุญาตที่กำหนด)

๓.๔ สำเนาใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมของเภสัชกรทุกคนที่ปฏิบัติงานทั้งเต็มเวลาและบางเวลา

๓.๕ แบบบันทึกหน่วยการศึกษาต่อเนื่องของเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกคน

๓.๖ สำเนาหนังสือเกียรติบัตรรับรองเป็นร้านยาคุณภาพที่มีอยู่ก่อนยื่นคำขอ (กรณีร้านยาคุณภาพ)

๓.๗ สำเนาใบชำระค่าธรรมเนียมคำขอการรับรองร้านยาคุณภาพ จำนวน ๓,๐๐๐ บาท

ลายมือชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ: ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ



คำขอรับการตรวจประเมิน
เพื่อต่ออายุการรับรองร้านยาคุณภาพ

เลขรับที่.....
วันที่.....
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

- คำขอต่ออายุ เพื่อการรับรองร้านยาคุณภาพครั้งที่ ๒ เพื่อการรับรองร้านยาคุณภาพครั้งที่ ๓
 เพื่อการรับรองร้านยาคุณภาพครั้งที่ ๔ เพื่อการรับรองร้านยาคุณภาพครั้งที่ ๕

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ข้อมูลผู้ยื่นคำขอ

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี สัญชาติ.....
เลขประจำตัวประชาชน เลขใบประกอบวิชาชีพ.....
ที่อยู่เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรสาร..... โทรศัพท์..... E-mail.....
มีหน้าที่เป็น.....ในร้านยาคุณภาพ

๒. ข้อมูลร้านยาคุณภาพ

ชื่อร้าน.....จังหวัด.....
เลขที่รับรอง..... ช่วงเวลาที่ได้รับการรับรอง.....

๓. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้า มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามใดๆตามระเบียบของสำนักงาน และได้แนบเอกสารประกอบการยื่นคำขอดังนี้

๓.๑ ใบแสดงเจตจำนงและแบบประเมินตนเองเพื่อการรับรองร้านยาคุณภาพ สรร ๐๖ ที่ระบุข้อมูลครบถ้วนแล้ว

๓.๒ สำเนาใบอนุญาตขายยา (สำเนาทุกหน้า)

๓.๓ สำเนาใบอนุญาตอื่นที่คณะกรรมการกำหนด (สำเนาทุกหน้ากรณีมีใบอนุญาตที่กำหนด)

๓.๔ สำเนาใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมของเภสัชกรทุกคนที่ปฏิบัติงานทั้งเต็มเวลาและบางเวลา

๓.๕ แบบบันทึกหน่วยการศึกษาต่อเนื่องของเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกคน

๓.๖ สำเนาหนังสือเกียรติบัตรรับรองเป็นร้านยาคุณภาพที่มีอยู่ก่อนยื่นคำขอ

๓.๗ สำเนาใบชำระค่าธรรมเนียมคำขอต่ออายุการรับรองร้านยาคุณภาพ จำนวน ๒,๐๐๐ บาท

ลายมือชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ: ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ



คำขอรับการตรวจประเมินใหม่
ร้านยาคุณภาพกรณีย้ายสถานที่ขายยา

เลขรับที่.....

วันที่.....

(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ข้อมูลผู้ยื่นคำขอ

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี สัญชาติ.....

เลขประจำตัวประชาชน..... เลขใบประกอบวิชาชีพ.....

ที่อยู่เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรสาร..... โทรศัพท์..... E-mail.....

มีหน้าที่เป็น.....ในร้านยาคุณภาพ

๒. ข้อมูลร้านยาคุณภาพ

ชื่อร้าน..... จังหวัด.....

เลขที่รับรอง..... ช่วงเวลาที่ได้รับการรับรอง..... เป็นระยะเวลารับรองครั้งที่.....

๓. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้า มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามใดๆตามระเบียบของสำนักงาน และได้แนบเอกสารประกอบการยื่นคำขอดังนี้

๓.๑ ใบแสดงเจตจำนงและแบบประเมินตนเองเพื่อการรับรองร้านยาคุณภาพ สรร ๐๖/๑ ที่ระบุข้อมูลครบถ้วนแล้ว

๓.๒ สำเนาใบอนุญาตขายยา(สำเนาทุกหน้าให้เห็นการสลักหลังอนุญาตให้ย้ายสถานที่ขายยา)

๓.๓ สำเนาใบอนุญาตอื่นที่คณะกรรมการกำหนด (สำเนาทุกหน้ากรณีมีใบอนุญาตที่กำหนด)

๓.๔ สำเนาใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมของเภสัชกรทุกคนที่ปฏิบัติงานทั้งเต็มเวลาและบางเวลา

๓.๕ แบบบันทึกหน่วยการศึกษาต่อเนื่องของเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกคน

๓.๖ สำเนาหนังสือเกียรติบัตรรับรองเป็นร้านยาคุณภาพที่มีอยู่ก่อนยื่นคำขอ

๓.๗ สำเนาใบชำระค่าธรรมเนียมคำขอตรวจประเมินใหม่กรณีย้ายสถานที่ขายยา จำนวน ๒,๕๐๐ บาท

ลายมือชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....) ตัวบรรจง



คำขอรับการตรวจประเมินใหม่
ร้านยาคุณภาพกรณีเปลี่ยนตัวผู้รับอนุญาต

เลขรับที่.....
วันที่.....
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ข้อมูลผู้ยื่นคำขอ

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี สัญชาติ.....
เลขประจำตัวประชาชน..... เลขใบประกอบวิชาชีพ.....
ที่อยู่เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรสาร..... โทรศัพท์..... E-mail.....
มีหน้าที่เป็น.....ในร้านยาคุณภาพ

๒. ข้อมูลร้านยาคุณภาพ

ชื่อร้าน..... จังหวัด.....
เลขที่รับรอง..... ช่วงเวลาที่ได้รับรอง..... เป็นระยะเวลารับรองครั้งที่.....

๓. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้า มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามใด ๆ ตามระเบียบของสำนักงาน และได้แนบเอกสารประกอบการยื่นคำขอ ดังนี้

๓.๑ ใบแสดงเจตจำนงและแบบประเมินตนเองเพื่อการรับรองร้านยาคุณภาพ สรร ๐๖/๒ ที่ระบุข้อมูลครบถ้วนแล้ว

๓.๒ สำเนาใบอนุญาตขายยาฉบับก่อนและหลังเปลี่ยนตัวผู้รับอนุญาต (สำเนาทุกหน้า)

๓.๓ สำเนาใบอนุญาตอื่นที่คณะกรรมการกำหนด (สำเนาทุกหน้ากรณีมีใบอนุญาตที่กำหนด)

๓.๔ สำเนาใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมของเภสัชกรทุกคนที่ปฏิบัติงานทั้งเต็มเวลาและบางเวลา

๓.๕ แบบบันทึกหน่วยการศึกษาต่อเนื่องของเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกคน

๓.๖ สำเนาหนังสือเกียรติบัตรรับรองเป็นร้านยาคุณภาพที่มีอยู่ก่อนยื่นคำขอ

๓.๗ สำเนาใบชำระค่าธรรมเนียมคำขอตรวจประเมินใหม่กรณีเปลี่ยนตัวผู้รับอนุญาต จำนวน ๒,๐๐๐

บาท

ลายมือชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....) ตัวบรรจง



หนังสือแจ้งกรณีร้านยาคุณภาพเปลี่ยนตัวผู้รับอนุญาต
แต่ได้รับการยกเว้นไม่ต้องยื่นคำขอ

เลขรับที่.....

วันที่.....

(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

แจ้งร้านยาคุณภาพ เปลี่ยนจากบุคคลธรรมดาเป็นนิติบุคคลรายใหม่โดยไม่เปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการ
 เปลี่ยนจากนิติบุคคลเป็นบุคคลธรรมดารายใหม่โดยไม่เปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ข้อมูลผู้แจ้ง

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี สัญชาติ.....

เลขประจำตัวประชาชน เลขใบประกอบวิชาชีพ.....

ที่อยู่เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรสาร..... โทรศัพท์..... E-mail.....

มีหน้าที่เป็น.....ในร้านยาคุณภาพ

๒. ข้อมูลร้านยาคุณภาพ

ชื่อร้าน..... จังหวัด.....

เลขที่รับรอง..... ช่วงเวลาที่ได้รับรอง..... เป็นระยะเวลารับรองครั้งที่.....

๓. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้า มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามใด ๆ ตามระเบียบของสำนักงาน และ
ได้แนบเอกสารประกอบการแจ้งดังนี้

๓.๑ สำเนาใบอนุญาตขายยาฉบับก่อนและหลังเปลี่ยนตัวผู้รับอนุญาต (สำเนาทุกหน้า)

๓.๒ สำเนาใบอนุญาตอื่นที่คณะกรรมการกำหนด (สำเนาทุกหน้ากรณีมีใบอนุญาตที่กำหนด)

๓.๓ สำเนาใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมของเภสัชกรทุกคนที่ปฏิบัติงานทั้งเต็มเวลาและบางเวลา

๓.๔ แบบบันทึกหน่วยการศึกษาต่อเนื่องของเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกคน

๓.๕ สำเนาหนังสือเกียรติบัตรรับรองเป็นร้านยาคุณภาพที่มีอยู่ก่อนแจ้ง

ลายมือชื่อ.....ผู้แจ้ง

(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ: ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ



หนังสือแจ้ง
การเปลี่ยนแปลงของร้านยาคุณภาพ

เลขรับที่.....
วันที่.....
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

แจ้งร้านยาคุณภาพ เปลี่ยนตัวผู้ดำเนินการโดยผู้รับอนุญาตยังคงเป็นนิติบุคคลรายเดิม
 เปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมชื่อสถานที่

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ข้อมูลผู้แจ้ง

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี สัญชาติ.....
เลขประจำตัวประชาชน เลขใบประกอบวิชาชีพ.....
ที่อยู่เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรสาร..... โทรศัพท์..... E-mail.....
มีหน้าที่เป็น.....ในร้านยาคุณภาพ

๒. ข้อมูลร้านยาคุณภาพ

ชื่อร้าน.....จังหวัด.....
เลขที่รับรอง..... ช่วงเวลาที่ได้รับรอง..... เป็นระยะเวลารับรองครั้งที่.....

๓. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้า มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามใด ๆ ตามระเบียบของสำนักงาน และ
ได้แนบเอกสารประกอบการแจ้งดังนี้

- ๓.๑ สำเนาใบอนุญาตขายยา(สำเนาทุกหน้าให้เห็นการสลักหลังการอนุญาตให้เปลี่ยนแปลง)
- ๓.๒ สำเนาใบอนุญาตอื่นที่คณะกรรมการกำหนด (สำเนาทุกหน้ากรณีมีใบอนุญาตที่กำหนด)
- ๓.๓ สำเนาใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมของเภสัชกรทุกคนที่ปฏิบัติงานทั้งเต็มเวลาและบางเวลา
- ๓.๔ แบบบันทึกหน่วยการศึกษาต่อเนื่องของเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกคน
- ๓.๕ สำเนาหนังสือเกียรติบัตรรับรองเป็นร้านยาคุณภาพที่มีอยู่ก่อนแจ้ง

ลายมือชื่อ.....ผู้แจ้ง
(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ: ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ



คำขอรับการตรวจประเมินใหม่
ร้านยาคุณภาพกรณีเปลี่ยนตัวผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

เลขรับที่.....

วันที่.....

(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ข้อมูลผู้ยื่นคำขอ

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี สัญชาติ.....

เลขประจำตัวประชาชน..... เลขใบประกอบวิชาชีพ.....

ที่อยู่เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรสาร..... โทรศัพท์..... E-mail.....

มีหน้าที่เป็น.....ในร้านยาคุณภาพ

๒. ข้อมูลร้านยาคุณภาพ

ชื่อร้าน.....จังหวัด.....

เลขที่รับรอง..... ช่วงเวลาที่ได้รับการรับรอง..... เป็นระยะเวลารับรองครั้งที่.....

๓. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้า มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามใด ๆ ตามระเบียบของสำนักงาน และ
ได้แนบเอกสารประกอบการยื่นคำขอดังนี้

๓.๑ ใบแสดงเจตจำนงและแบบประเมินตนเองเพื่อการรับรองร้านยาคุณภาพ สรวร ๐๖/๓ ที่ระบุข้อมูลครบถ้วนแล้ว

๓.๒ สำเนาใบอนุญาตขายยา(สำเนาทุกหน้าให้เห็นการสลักหลังอนุญาตให้เปลี่ยนผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ)

๓.๓ สำเนาใบอนุญาตอื่นที่คณะกรรมการกำหนด (สำเนาทุกหน้ากรณีมีใบอนุญาตที่กำหนด)

๓.๔ สำเนาใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมของเภสัชกรทุกคนที่ปฏิบัติงานทั้งเต็มเวลาและบางเวลา

๓.๕ แบบบันทึกหน่วยการศึกษาต่อเนื่องของเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกคน

๓.๖ สำเนาหนังสือเกียรติบัตรรับรองเป็นร้านยาคุณภาพที่มีอยู่ก่อนยื่นคำขอ

๓.๗ สำเนาใบชำระค่าธรรมเนียมคำขอตรวจประเมินใหม่กรณีเปลี่ยนตัวผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ จำนวน

๒,๕๐๐ บาท

ลายมือชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....) ตัวบรรจง