



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 ๕/๒๕๖๔

เรื่อง แบบคำขอรับการตรวจประเมิน ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๔

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติม แบบคำขอรับการตรวจประเมินเพื่อต่ออายุการรับรองร้านยาคุณภาพ และแบบคำขอรับการตรวจประเมินใหม่ร้านยาคุณภาพกรณีย้ายสถานที่ขายยา เปลี่ยนตัวผู้รับอนุญาต หรือ เปลี่ยนตัวผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ให้เป็นไปอย่างเหมาะสม

อาศัยอำนาจตามความในหมวด ๑ ข้อ ๗(๑) และ ข้อ ๘(๑๒) แห่งข้อบังคับสภาเภสัชกรรมว่าด้วยการรับรองร้านยาคุณภาพ พ.ศ. ๒๕๖๒ ประกอบกับข้อ ๔ วรรคสอง แห่งประกาศสภาเภสัชกรรมที่ ๗๓/๒๕๖๓ สำนักงานรับรองร้านยาคุณภาพจึงออกประกาศ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการรับรองร้านยาคุณภาพ ในการประชุมครั้งที่ ๕ เมื่อวันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๔ ดังนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานรับรองร้านยาคุณภาพ ที่ ๕/๒๕๖๔ เรื่องแบบคำขอรับการตรวจประเมิน ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๔”

ข้อ ๒ ให้ยกเลิก แบบคำขอท้ายประกาศสำนักงานรับรองร้านยาคุณภาพที่ ๔/๒๕๖๓ ดังต่อไปนี้และให้ใช้แบบคำขอต่อไปนี้ตามที่ระบุไว้ท้ายประกาศนี้แทน

- (๑) แบบ คข.สรร.๐๖ ให้ใช้ แบบ คข.สรร.๐๖ (๒๕๖๕) แทน
- (๒) แบบ คข.สรร.๐๖/๑ ให้ใช้ แบบ คข.สรร.๐๖/๑ (๒๕๖๔) แทน
- (๓) แบบ คข.สรร.๐๖/๒ ให้ใช้ แบบ คข.สรร.๐๖/๒ (๒๕๖๔) แทน
- (๔) แบบ คข.สรร.๐๖/๓ ให้ใช้ แบบ คข.สรร.๐๖/๓ (๒๕๖๔) แทน

ข้อ ๓ แบบคำขอ ในข้อ ๒(๑) ให้ใช้สำหรับร้านยาคุณภาพที่เข้าเงื่อนไขการต่ออายุการรับรองร้านยาคุณภาพตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

ข้อ ๔ แบบคำขอ ในข้อ ๒(๒) ข้อ ๒(๓) ข้อ ๒(๔) ให้ใช้นับแต่วันประกาศ

จึงขอประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๔

(รองศาสตราจารย์ ดร. เกสัชกรหญิงวรรณณา ศรีวิริยานุภาพ)

ผู้อำนวยการสำนักงานรับรองร้านยาคุณภาพ



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 ๐๑ ที่ระบุข้อมูลครบถ้วนแล้ว

๓.๒ สำเนาใบอนุญาตขายยา (สำเนาทุกหน้า)

๓.๓ สำเนาใบอนุญาตอื่นที่คณะกรรมการกำหนด (สำเนาทุกหน้ากรณีมีใบอนุญาตที่กำหนด)

๓.๔ สำเนาใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมของเภสัชกรทุกคนที่ปฏิบัติงานทั้งเต็มเวลาและบางเวลา

๓.๕ แบบบันทึกหน่วยการศึกษาต่อเนื่องของเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกคน

๓.๖ สำเนาหนังสือเกียรติบัตรรับรองเป็นร้านยาคุณภาพที่มีอยู่ก่อนยื่นคำขอ

ลายมือชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ : ๑.ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

๒.แนบสำเนาใบโอนชำระค่าธรรมเนียม ๒,๐๐๐ บาท โดยชำระผ่านบัญชีสภาเภสัชกรรม

ธนาคารไทยพาณิชย์ ประเภทออมทรัพย์ บัญชีเลขที่ ๓๔๐-๒-๐๑๔๕๔-๘ สาขามวงศ์วาน



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.....ช่วงเวลาที่ได้รับรอง..... เป็นระยะเวลารับรองครั้งที่.....

๓. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้า มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามใดๆตามระเบียบของสำนักงาน และได้แนบเอกสารประกอบการยื่นคำขอดังนี้

๓.๑ ใบแสดงเจตจำนงและแบบประเมินตนเองเพื่อการรับรองร้านยาคุณภาพ สรร ๐๑ โดยระบุข้อมูลที่ครบถ้วนในส่วนที่กำหนดเน้นเกี่ยวกับสถานที่

๓.๒ สำเนาใบอนุญาตขายยา(สำเนาทุกหน้าให้เห็นการสลักหลังอนุญาตให้ย้ายสถานที่ขายยา)

๓.๓ สำเนาใบอนุญาตอื่นที่คณะกรรมการกำหนด (สำเนาทุกหน้ากรณีมีใบอนุญาตที่กำหนด)

๓.๔ สำเนาใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมของเภสัชกรทุกคนที่ปฏิบัติงานทั้งเต็มเวลาและบางเวลา

๓.๕ แบบบันทึกหน่วยการศึกษาต่อเนื่องของเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกคน

๓.๖ สำเนาหนังสือเกียรติบัตรรับรองเป็นร้านยาคุณภาพที่มีอยู่ก่อนยื่นคำขอ

ลายมือชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ: แบบสำเนาใบอนุญาตค่าธรรมเนียม ๕๐๐ บาท โดยชำระผ่านบัญชีสภาเภสัชกรรม ธนาคารไทยพาณิชย์ ประเภทออมทรัพย์ บัญชีเลขที่ ๓๔๐-๒-๐๑๔๕๔-๘ สาขาบางมดจรัญ



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 มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามใดๆตามระเบียบของสำนักงาน และได้แนบเอกสารประกอบการยื่นคำขอดังนี้

๓.๑ ใบแสดงเจตจำนงและแบบประเมินตนเองเพื่อการรับรองร้านยาคุณภาพ สรร ๐๑ โดยระบุข้อมูลที่ครบถ้วนในส่วนที่กำหนดเน้นเกี่ยวกับผู้รับอนุญาต

๓.๒ สำเนาใบอนุญาตขายยาฉบับก่อนและหลังเปลี่ยนตัวผู้รับอนุญาต (สำเนาทุกหน้า)

๓.๓ สำเนาใบอนุญาตอื่นที่คณะกรรมการกำหนด (สำเนาทุกหน้ากรณีมีใบอนุญาตที่กำหนด)

๓.๔ สำเนาใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมของเภสัชกรทุกคนที่ปฏิบัติงานทั้งเต็มเวลาและบางเวลา

๓.๕ แบบบันทึกหน่วยการศึกษาต่อเนื่องของเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกคน

๓.๖ สำเนาหนังสือเกียรติบัตรรับรองเป็นร้านยาคุณภาพที่มีอยู่ก่อนยื่นคำขอ

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

หมายเหตุ: แบบสำเนาใบโอนชำระค่าธรรมเนียม ๕๐๐ บาท โดยชำระผ่านบัญชีสภาเภสัชกรรม ธนาคารไทยพาณิชย์ ประเภทออมทรัพย์ บัญชีเลขที่ ๓๔๐-๒-๐๑๔๕๔-๘ สาขาบางมวงศ์วาน



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..... ช่วงเวลาที่ได้รับรอง..... เป็นระยะเวลารับรองครั้งที่.....

๓. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้า มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามใดๆตามระเบียบของสำนักงาน และได้แนบเอกสารประกอบการยื่นคำขอดังนี้

๓.๑ ใบแสดงเจตจำนงและแบบประเมินตนเองเพื่อการรับรองร้านยาคุณภาพ สรร ๐๑ โดยระบุข้อมูลที่ครบถ้วนในส่วนที่กำหนดเน้นเกี่ยวกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

๓.๒ สำเนาใบอนุญาตขายยา(สำเนาทุกหน้าให้เห็นการสลักหลังอนุญาตให้เปลี่ยนผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ)

๓.๓ สำเนาใบอนุญาตอื่นที่คณะกรรมการกำหนด (สำเนาทุกหน้ากรณีมีใบอนุญาตที่กำหนด)

๓.๔ สำเนาใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมของเภสัชกรทุกคนที่ปฏิบัติงานทั้งเต็มเวลาและบางเวลา

๓.๕ แบบบันทึกหน่วยการศึกษาต่อเนื่องของเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกคน

๓.๖ สำเนาหนังสือเกียรติบัตรรับรองเป็นร้านยาคุณภาพที่มีอยู่ก่อนยื่นคำขอ

ลายมือชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ: แบบสำเนาใบโอนชำระค่าธรรมเนียม ๕๐๐ บาท โดยชำระผ่านบัญชีสภาเภสัชกรรม ธนาคารไทยพาณิชย์ ประเภทออมทรัพย์ บัญชีเลขที่ ๓๔๐-๒-๐๑๔๕๔-๘ สาขาย่อยกระทรวงสาธารณสุข