



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 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
(.....) ตัวยรับรอง