



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 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