



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

ใบแสดงเจตจำนงขอรับการต่ออายุการรับรองร้านยาคุณภาพและแบบประเมินตนเอง

ร้านยาคุณภาพเลขที่.....ระยะเวลารับรอง.....

ชื่อร้าน.....

เลขที่.....ถนน.....ซอย.....หมู่ที่.....แขวง/ตำบล.....

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

โทรสาร.....email.....

ประเภทใบอนุญาต

 ขยายยาแผนปัจจุบัน เลขที่ใบอนุญาต..... ขยายยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 3 เลขที่ใบอนุญาต..... ขยายวัตถุออกฤทธิ์ฯ ประเภท 3 และ 4 เลขที่ใบอนุญาต.....

ชื่อผู้รับอนุญาต.....

ชื่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามใบอนุญาต.....ภ.....เลขที่บัตรประชาชน.....

เวลาแจ้งปฏิบัติการของเภสัชกร

เวลาที่เภสัชกรมาปฏิบัติการจริง

เวลาทำการ(เปิดร้าน)

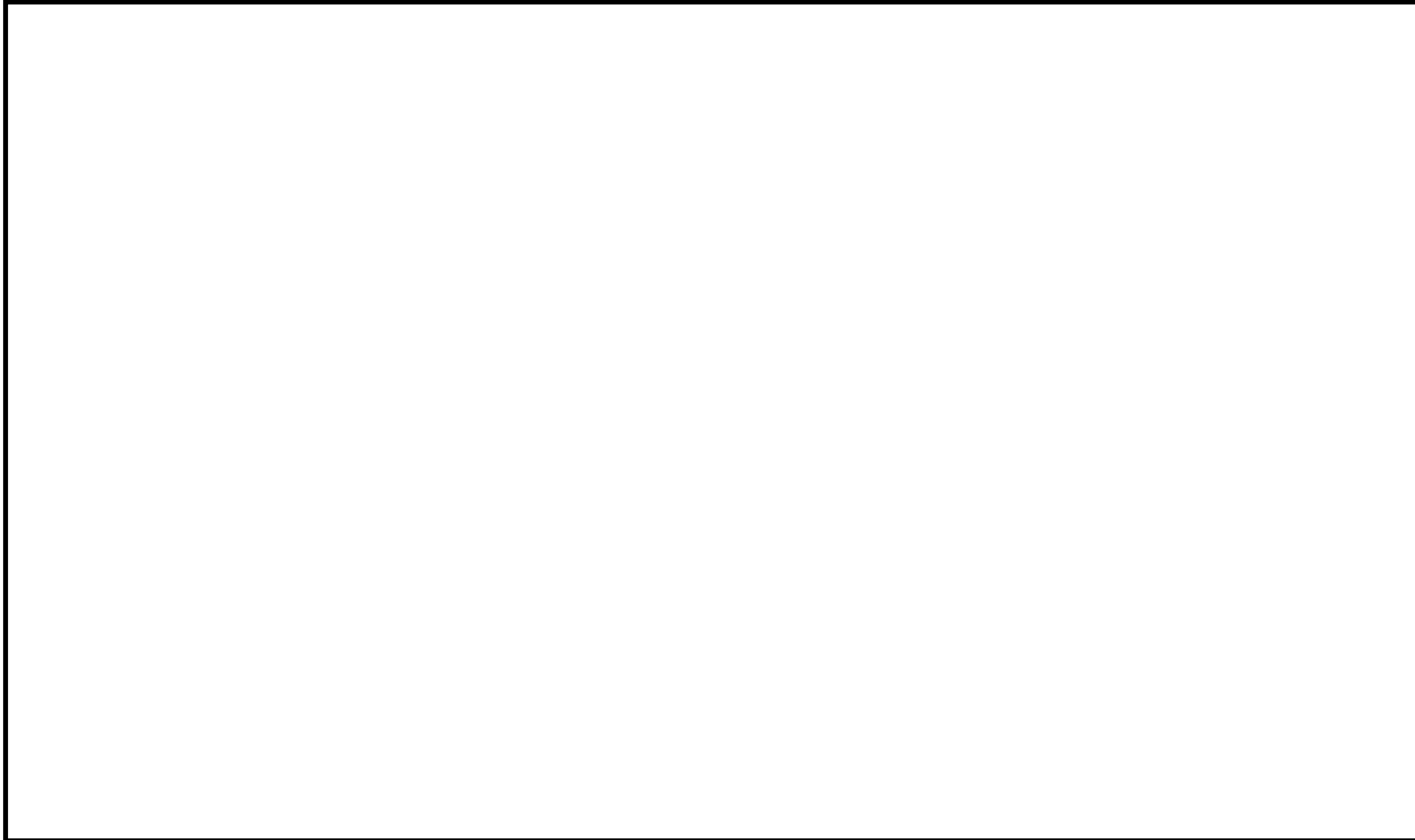
ชื่อผู้ปฏิบัติการเสริม.....ภ.....วัน/ช่วงเวลาที่มาทำงาน

ชื่อผู้ปฏิบัติการเสริม.....ภ.....วัน/ช่วงเวลาที่มาทำงาน

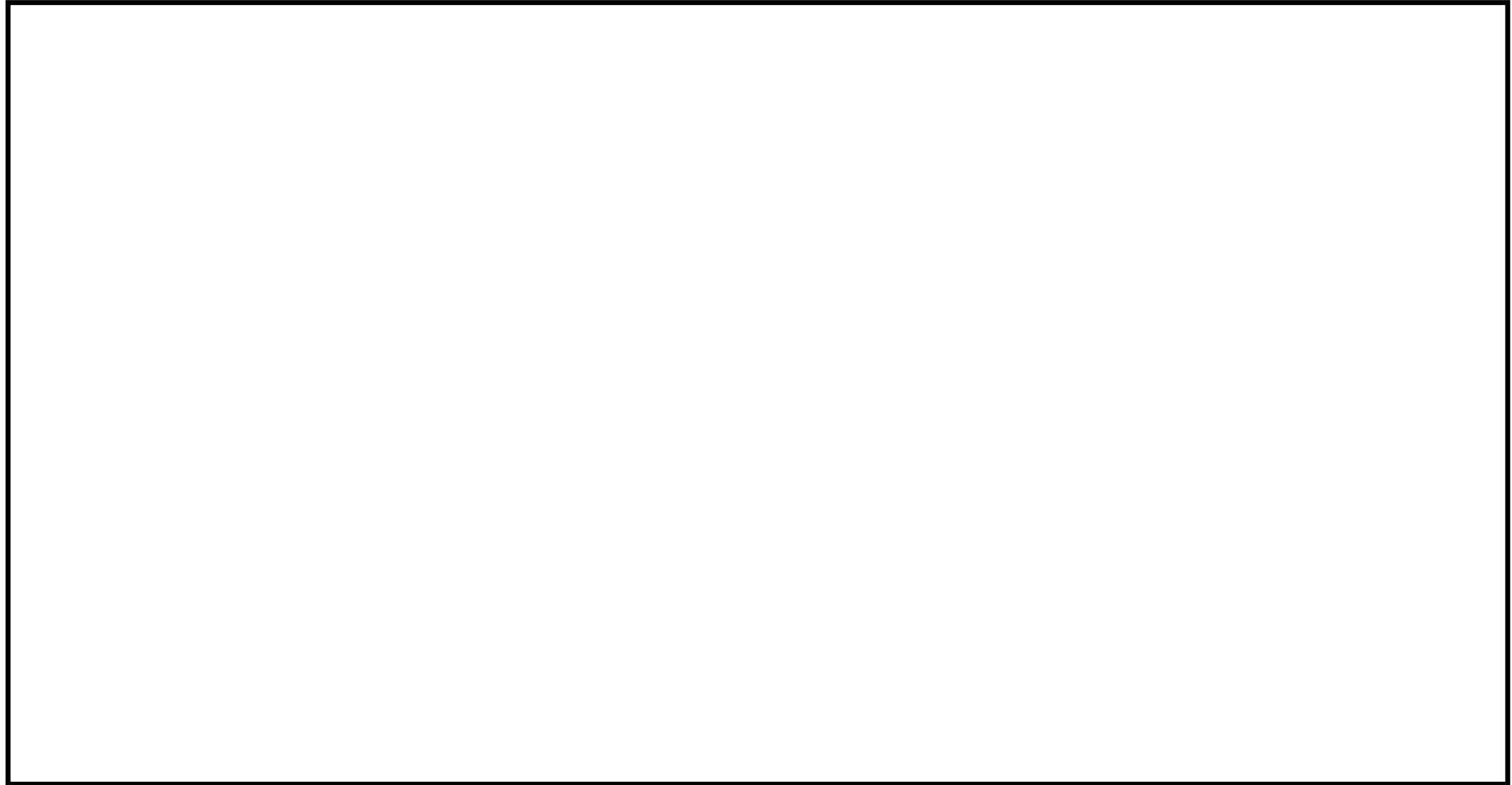
ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไป

ประเภทร้านยา ขายปลีก ขายส่งประเภทธุรกิจ ร้านยาเดี่ยว Chain store Franchise อื่นๆ.....

กรณาวาดแผนภูมิการจัดสัดส่วนต่างๆในร้านยาของท่านที่เป็นปัจจุบัน



กรุณาแสดงแผนที่ที่ตั้งร้านที่เป็นปัจจุบัน



ข้าพเจ้า.....เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ผู้ลงนามข้างท้ายขอแสดงเจตจำนงเพื่อต่ออายุการรับรอง
ร้านยาคุณภาพ ตาม “มาตรฐานร้านยา” ที่สภาเภสัชกรรมเป็นผู้กำหนด ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รักษามาตรฐานตามมาตรฐานร้านยาคุณภาพที่ได้รับการรับรองมาโดยตลอดระยะเวลาการ
รับรองที่ผ่านมา พร้อมทั้งได้ประเมินการจัดการและการปฏิบัติที่ได้ดำเนินการแล้วตามแบบประเมินตนเองที่แนบมาด้วย แต่หากมีประเด็นใดที่ต้องมีการปรับปรุงให้สอดคล้องกับ
ข้อกำหนดทางกฎหมาย และประเด็นที่มีผลต่อคุณภาพชัดเจนในแต่ละมาตรฐานที่เป็นปัจจุบัน ข้าพเจ้าในนามร้านยาข้างต้น ได้พิจารณาแล้ว และขอยืนยันว่าจะดำเนินการหรือ
ปฏิบัติในประเด็นดังกล่าวให้สอดคล้องโดย ไม่ขัดแย้งและดำเนินการให้ครบถ้วนภายในระยะเวลา 60 วันนับแต่ได้รับแจ้งให้ปรับปรุง

ข้าพเจ้าฯ รับทราบว่า ประเด็นพิจารณาเพื่อการขยายเวลารับรองร้านยาคุณภาพเป็นไปตาม

- 1.1 พ.ร.บ. ยา กฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ.2556 ประกาศกระทรวงเรื่องข้อกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรม
ชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ.2557 และกฎหมายที่เกี่ยวข้องอื่นๆ
- 1.2 มาตรฐานร้านยาคุณภาพ สภาเภสัชกรรม
- 1.3 สมรรถนะของเภสัชกรผู้ปฏิบัติการด้านเภสัชกรรมชุมชน
- 1.4 การจัดการใดใดที่เพิ่มหรือเพื่อประสิทธิภาพที่ดี สมเหตุสมผลในการดูแลผู้รับบริการด้านยา

**ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้แจ้งไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินดียอมรับการเพิกถอนการรับรองร้านยา
คุณภาพของร้านยาข้างต้นโดยไม่ใช้สิทธิเรียกร้องใดใด**

กรุณาตอบข้อมูลเพื่อการประเมินประเด็นการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ดีทางเภสัชกรรมชุมชน(ข้อมูลจำเป็น)

1. ร้านของท่านมีการให้บริการทางเภสัชกรรมชุมชนอะไรบ้าง

- บริการด้านยาทั่วไป บริการคัดกรองโรคและส่งต่อ การเยี่ยมบ้านหรือดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง การจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์
 การรายงาน ADR หรืออาการไม่พึงประสงค์ของยาและผลิตภัณฑ์อื่น อื่น.....

2. ในกรณีที่เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการไม่สามารถที่จะปฏิบัติหน้าที่ได้ที่ร้านยาท่าน ท่านมีวิธีดำเนินการอย่างไร

.....
และในกรณีที่เภสัชกรปฏิบัติการเสริม ท่านมีแนวทางอย่างไร ในการส่งต่องานระหว่างเภสัชกร
.....

3. พนักงานร้านยา (ถ้ามี) มีบทบาทอะไรในร้านยา ทำหน้าที่อะไรบ้าง มีกรณีใดบ้างหรือไม่ ที่ให้ผู้ช่วยปฏิบัติงานให้บริการแทนเภสัชกรหรือช่วยส่งมอบยาให้ผู้รับบริการ

.....
ท่านมีแนวทางปฏิบัติหรือวิธีใดบ้าง ที่จะทำให้ท่านมั่นใจว่าผู้รับบริการมีความต้องการใช้ยาจริง/หรือไม่จำเป็นต้องใช้ยา และถ้าท่านเห็นว่าไม่จำเป็นต้องใช้ยา ท่านมีการดำเนินการอย่างไร

.....
5. มีกรณีใดบ้างหรือไม่ ที่ท่านมีการบันทึกประวัติหรือรายละเอียดการให้บริการด้านยา

ยา.....

6. ร้านของท่านมีการจัดระบบหรือกำหนดแนวทางในการปฏิบัติในการป้องกันปัญหา ความเสี่ยงต่าง ๆ อย่างไร (อาจแนบเป็นแผนภูมิหรือผังภาพ เพื่อประกอบการอธิบาย)

1) การจ่ายยาผิด

.....

2) การแพ้ยา

.....

3) ยาหมดอายุ

.....

4) ยาเสียงพ้องมองคล้าย(LASA)

.....

5) อุณหภูมิในการเก็บรักษายา

.....

6) อื่นๆ

.....

7. ในการส่งมอบยาแต่ละครั้ง ข้อมูลที่ท่านคิดว่ามีความสำคัญที่ต้องให้ผู้รับบริการทราบมีอะไรบ้าง และปัจจุบันท่านสามารถให้ข้อมูลดังกล่าวกับผู้รับบริการครบถ้วนทุกรายหรือไม่
ถ้าไม่ครบถ้วนเนื่องจากปัญหาใด

.....

8. ท่านมีหลักการในการคัดเลือกผลิตภัณฑ์ที่ดีและเหมาะสมเพื่อมาบริการในร้านรวมถึงขบวนการขนส่งอย่างไร ท่านมีความมั่นใจในคุณภาพยาอย่างไร

.....

9. ร้านของท่านมีการติดตามปัญหาการใช้ยาของผู้มารับบริการในกลุ่มหรือโรคใดเป็นพิเศษหรือไม่

.....

10. ท่านมีระบบการจัดการยาที่ต้องจ่ายโดยใบสั่งยาอย่างไร

.....

มาตรฐานที่ 1 สถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งสนับสนุนบริการ

ประเด็นมาตรฐาน	กรุณาใส่เครื่องหมายในลงใน <input type="checkbox"/> ตามหัวข้อที่มีการดำเนินการ	อธิบายตามหลักฐานหรือการปฏิบัติตามจริง
1. สถานที่	<input type="checkbox"/> สถานที่ ก่อสร้างด้วยวัสดุคงทน มั่นคงแข็งแรง <input type="checkbox"/> เป็นสัดส่วน มีผนังกำหนดขอบเขตชัดเจน ไม่ถูกรบกวนจากสิ่งแวดล้อม <input type="checkbox"/> มีทะเบียนบ้านที่ออกโดยหน่วยราชการ <input type="checkbox"/> มีคลังสินค้า/เวชภัณฑ์แยกจากส่วนให้บริการ <input type="checkbox"/> พื้นที่ประกอบกรไม่มีกักอาศัย เข้าถึงได้โดยง่าย	
2. ความสะอาดเป็นระเบียบ	<input type="checkbox"/> ด้านหน้าร้านและภายในรวมถึงบริเวณเก็บสินค้าและเวชภัณฑ์ สะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย <input type="checkbox"/> กรณีหน้าร้านมีพื้นที่เช่าของสินค้าอื่น ต้องไม่เป็นสินค้าที่บั่นทอนสุขภาพ จัดวางถูกสุขลักษณะ <input type="checkbox"/> ภายในร้านจัดเป็นระเบียบ สะอาด ไม่รกรุงรัง ปราศจากฝุ่น หยากไย <input type="checkbox"/> ไม่มีการวางยา สัมผัสพื้นโดยตรง มีpalateที่ทำจากไม้แข็ง โลหะหรือพลาสติกครอบบนพื้นก่อนจัดวางยา <input type="checkbox"/> ไม่มีการวางของใช้อุปกรณ์ หรือสิ่งของ บนทางเดินของผู้มารับบริการ	

ประเด็นมาตรฐาน	กรุดมาใส่เครื่องหมายในลงใน <input type="checkbox"/> ตามหัวข้อที่มีการดำเนินการ	อธิบายตามหลักฐานหรือการปฏิบัติตามจริง
3. การจัดสัดส่วนในการปฏิบัติงานต่าง ๆ	การจัดพื้นที่ภายในร้าน <input type="checkbox"/> มีส่วนบริการโดยเภสัชกร ขนาดพื้นที่ส่วนให้บริการรวมถึงส่วนให้คำปรึกษาโดยเภสัชกร* กว้าง.....เมตร ยาว.....เมตร ส่วนแคบที่สุด.....เมตร <input type="checkbox"/> ส่วนบริการโดยเภสัชกร สามารถปิดล็อก และ/หรือ ปิดบัง ได้ <input type="checkbox"/> บริเวณให้คำปรึกษา มีป้ายระบุ “บริเวณให้คำปรึกษาด้านยา” และมีพื้นที่เพียงพอเป็นสัดส่วนในการให้คำปรึกษาแนะนำเป็นส่วนตัว จัดโต๊ะและเก้าอี้ให้เหมาะสมกับการให้บริการเภสัชกรรวม <input type="checkbox"/> จัดเรียงยาที่ต้องขออนุญาตจำหน่ายภายใต้ใบอนุญาตขายยาไว้ภายในบริเวณขออนุญาตเท่านั้น <input type="checkbox"/> ผู้รับบริการไม่สามารถเข้าถึงบริเวณจัด ยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ หรือ ยาที่ต้องควบคุมการจ่ายโดยเภสัชกร ได้ <input type="checkbox"/> มีส่วนบริการตนเอง ติดป้ายแสดงชัดเจน <input type="checkbox"/> มีบริเวณสื่อเผยแพร่และให้ความรู้/โฆษณาแยกกัน มีป้ายแสดงให้ เห็นชัดเจน <input type="checkbox"/> กรณีพื้นที่เก็บสำรองยา/คลังเวชภัณฑ์แยกจากหน้าร้าน มีสภาพสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย และการจัดเก็บ (พื้นที่จัดวาง) เหมาะสม – ไม่วางบนพื้น มีป้ายแสดงว่าเป็น “พื้นที่เก็บสำรองยา” และป้ายบอกประเภทยา <input type="checkbox"/> กรณีไม่มีคลังสำรองยาแยก ให้เก็บยาแยกจากส่วนมีไว้เพื่อบริการหน้าร้าน มีป้ายบอกบริเวณสำรองยาจัดวางเป็นระเบียบ แยกประเภทชัดเจน	
4. การควบคุมสภาพแวดล้อม	สภาพแวดล้อมภายในร้าน <input type="checkbox"/> แสงสว่างเพียงพอสามารถอ่านฉลากยาที่มีขนาดเล็กได้ <input type="checkbox"/> แสงสีขาว <input type="checkbox"/> อากาศถ่ายเทดี และความชื้นเหมาะสม ไม่มีสิ่งหรืออุปกรณ์ที่ก่อให้เกิดความชื้นในบริเวณที่จัดเก็บยา เช่น ตู้ปลา แอร์น้ำ พัดลมไอน้ำ ห้องน้ำ เป็นต้น <input type="checkbox"/> มีการป้องกัน แสงแดดและไอร้อน สองตรงยาและเวชภัณฑ์ <input type="checkbox"/> จัดให้มีอุปกรณ์ป้องกันอัคคีภัย (ขนาดบรรจุไม่น้อยกว่า 4 กิโลกรัม) และติดตั้งสูงจากพื้นไม่เกินกว่า 1.5 เมตร สามารถพร้อมใช้งาน** <input type="checkbox"/> มีเครื่องปรับอากาศ	*กรณีร้านไม่ใช่แสงขาว ต้องจัดให้มีดวงไฟแสงสีขาวเพื่อใช้ตรวจสอบยาเสื่อมหรือเปลี่ยนสีได้

ประเด็นมาตรฐาน	กรุณาใส่เครื่องหมายในลงใน <input type="checkbox"/> ตามหัวข้อที่มีการดำเนินการ	อธิบายตามหลักฐานหรือการปฏิบัติตามจริง
	<input type="checkbox"/> มีเทอร์โมมิเตอร์ และบันทึกอุณหภูมิสม่ำเสมอ ตรวจสอบได้ [] ภายในร้าน ไม่เกิน 30°C เวลาบันทึกประจำวัน.....น.และ.....น. อุณหภูมิขณะประเมิน.....°c เวลา..... [] คลังเวชภัณฑ์ ไม่เกิน30°C เวลาบันทึกประจำวัน.....น.และ.....น. อุณหภูมิขณะประเมิน.....°c เวลา..... <input type="checkbox"/> ไม่มีสัตว์เลี้ยงในบริเวณที่ขยายไม่ว่าจะเป็น สุนัข แมว กระจ่าง ปลาตู้ เป็นต้น <input type="checkbox"/> ควบคุมและป้องกันแมลง สัตว์ก่อโรคระบาดและอาศัยในบริเวณร้านยา	
5. บ้ายสัญลักษณ์ต่าง ๆ	ป้ายและสิ่งแสดงที่ต้องมีแสดงในที่ผู้รับบริการสามารถเห็นได้ <input type="checkbox"/> 1.ป้ายสถานที่ขยายยาแผนปัจจุบัน <input type="checkbox"/> 2.ใบอนุญาตขยายยาตามกฎหมาย (ทุกประเภทตามที่ขอรับอนุญาต) <input type="checkbox"/> 3.ป้ายสีน้ำเงินแสดงชื่อ-รูปและเวลาปฏิบัติงานของเภสัชกรผู้ปฏิบัติการ <input type="checkbox"/> 4.ใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมของเภสัชกรผู้รับอนุญาต <input type="checkbox"/> 5.ป้ายจุดบริการโดยเภสัชกร <input type="checkbox"/> 6.ป้ายส่วนบริการตนเอง <input type="checkbox"/> 7.ป้ายบริเวณให้คำปรึกษาโดยเภสัชกร <input type="checkbox"/> 8.ป้ายเตือนการแพ้ยา <input type="checkbox"/> 9.ป้ายรับใบสั่งยา <input type="checkbox"/> 10.ป้ายแสดงตนของเภสัชกรใดๆขณะปฏิบัติการ <input type="checkbox"/> 11.ป้ายแสดงข้อความภาษาไทยเพื่อแจ้งต่อผู้มารับบริการจดจำหน้ายาที่ต้องให้บริการโดยเภสัชกร ในกรณีที่เภสัชกรไม่อยู่ <input type="checkbox"/> 12.ป้ายอื่นๆ (ระบุ)	
6. การจัดหมวดหมู่ยา	<input type="checkbox"/> จัดหมวดหมู่ตามฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา [] อื่น..... <input type="checkbox"/> บ้ายระบุหมวดหมู่ยา เป็นภาษาไทย ขนาดเหมาะสมที่ผู้บริโภครู้เห็น-เข้าใจได้ชัดเจน ถูกต้อง และครบถ้วนในสภาพดี จัดวางให้ตรงประเภทยา	

ประเด็นมาตรฐาน	กรุณาใส่เครื่องหมายในลงใน <input type="checkbox"/> ตามหัวข้อที่มีการดำเนินการ	อธิบายตามหลักฐานหรือการปฏิบัติตามจริง
	<input type="checkbox"/> ไม่พบยาที่ต้องจ่ายโดยเภสัชกร เช่น ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ นอกบริเวณให้บริการโดยเภสัชกร <input type="checkbox"/> มีระบบจัดเรียงยาเพื่อป้องกันความเสี่ยงเช่น LASA , แยกยารับประทานและยาใช้ภายนอก <input type="checkbox"/> ไม่พบยาหมดอายุ เสื่อมคุณภาพ ในบริเวณการจำหน่ายยาทุกประเภท	
7. อุปกรณ์ในการติดตามและประเมินผลการให้บริการด้านยา	<input type="checkbox"/> 1.เครื่องชั่งน้ำหนัก <input type="checkbox"/> 2.ที่วัดสวนสูง <input type="checkbox"/> 3.เครื่องวัดความดันโลหิต <input type="checkbox"/> 4.เครื่องเจาะปลายนิ้ววัดระดับน้ำตาล* <input type="checkbox"/> 5 ที่วัดอุณหภูมิร่างกาย* ชนิด.....	*(optional)
8. อุปกรณ์นับเม็ดยา	<input type="checkbox"/> มีเฉพาะยาที่เป็นแผง <input type="checkbox"/> มียานับเม็ดจำหน่าย <input type="checkbox"/> อุปกรณ์นับเม็ดยาได้แก่..... <input type="checkbox"/> มีถาดนับยา (อย่างน้อย 2 ถาด) สำหรับ [] ยาทั่วไป [] กลุ่มเพนนิซิลลิน [] กลุ่ม NSAIDs [] กลุ่มซัลฟา [] อื่นๆ..... <input type="checkbox"/> อุปกรณ์ต่างๆ มีการติดป้ายแสดง ไม่สับสน <input type="checkbox"/> การจัดเก็บอุปกรณ์นับยาเหมาะสม ไม่เสี่ยงต่อการปนเปื้อนหรือยับยั้ง	อธิบายวิธีทำความสะอาดอุปกรณ์นับเม็ดยา
9. ภาชนะบรรจุยาสำหรับผู้รับบริการ	<input type="checkbox"/> อุปกรณ์บรรจุยาเพื่อจ่าย [] ของจ่ายยาทั่วไป [] ของสีชา ป้องกันแสง [] ภาชนะอื่นๆ..... [] ระบุชื่อร้านยา เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ [] ลายมือชื่อเภสัชกรพร้อมเลขที่ใบอนุญาตวิชาชีพ <input type="checkbox"/> ของบรรจุยาสามารถระบุชื่อยา ข้อมูลการใช้ยาที่จำเป็นครบถ้วนดังต่อไปนี้ [] ชื่อผู้ชื้อยา [] ชื่อสามัญหรือชื่อการค้าของยาที่จ่าย [] ความแรง [] จำนวนจ่าย [] ข้อบ่งใช้ [] วิธีใช้ [] คำแนะนำหรือฉลากช่วย [] ระบุวันหมดอายุหรือใช้ก่อนวันที่.....	

ประเด็นมาตรฐาน	กรุณาใส่เครื่องหมายในลงใน <input type="checkbox"/> ตามหัวข้อที่มีการดำเนินการ	อธิบายตามหลักฐานหรือการปฏิบัติตามจริง
10. ฉลากช่วยและเอกสารให้ความรู้	<input type="checkbox"/> มีฉลากช่วย <input type="checkbox"/> สำเร็จรูป <input type="checkbox"/> จัดทำเอง <input type="checkbox"/> แยกเอกสารให้ความรู้และเอกสารโฆษณาประชาสัมพันธ์ชัดเจน <input type="checkbox"/> เอกสารหรือแผ่นพับให้ความรู้ที่เหมาะสม น่าเชื่อถือ มีแหล่งอ้างอิง <input type="checkbox"/> เอกสารโฆษณา ประชาสัมพันธ์ ขออนุญาตถูกต้อง เหมาะสม <input type="checkbox"/> การจัดวางสื่อให้ความรู้และสื่อโฆษณาสำหรับผู้มารับบริการได้รับคำยินยอมอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษรจากเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	
11. ตำราและแหล่งข้อมูลด้านยา	<input type="checkbox"/> Drug Information Handbook <input type="checkbox"/> MIMS / MIMS Annual <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... <input type="checkbox"/> Internet / website.....	
12. อุปกรณ์เพิ่มความร่วมมือการใช้ยา (ถ้ามี)	<input type="checkbox"/> มี	

มาตรฐานที่ 2 การบริหารจัดการเพื่อคุณภาพ

ประเด็นมาตรฐาน		อธิบายตามหลักฐานหรือการปฏิบัติตามจริง
1. เภสัชกร	<input type="checkbox"/> สวมเสื้อกาวน์สีขาวปกหรือติดป้ายเภสัชกร แสดงตนว่าเป็นเภสัชกรต่อผู้รับบริการชัดเจนขณะอยู่ปฏิบัติการ <input type="checkbox"/> ป้ายแสดงตนของเภสัชกรที่กำลังปฏิบัติหน้าที่ มีรูปชื่อเภสัชกร เลขที่ใบอนุญาต และเวลาปฏิบัติการ ชัดเจน <input type="checkbox"/> มีป้ายแสดงตนสำหรับเภสัชกรเสริมท่านอื่นไว้ชัดเจน ครบถ้วน <input type="checkbox"/> เภสัชกรได้รับการศึกษาต่อเนื่องตามข้อบังคับสภาเภสัชกรรม	
2. พนักงานร้านยา (ถ้ามี)	<input type="checkbox"/> มีพนักงานร้านยา คน <input type="checkbox"/> สุขภาพอนามัยดี <input type="checkbox"/> แต่งกายหรือแสดงตนแตกต่างกับเภสัชกรชัดเจน ไม่ทำให้สับสน ไม่ใช้ชุดฟอร์มสีขาว <input type="checkbox"/> ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลของเภสัชกร <input type="checkbox"/> การกำหนดบทบาทหน้าที่ของพนักงานร้านยาชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร <input type="checkbox"/> ผ่านการประเมิน และ/หรือ ผ่านการอบรม ตามที่ ออย. กำหนด(GPP)	

ประเด็นมาตรฐาน		อธิบายตามหลักฐานหรือการปฏิบัติตามจริง
3. ระบบและเอกสารคุณภาพ	<input type="checkbox"/> มีเอกสารแนวทางการปฏิบัติหรือคู่มือมาตรฐานในการให้บริการหรือการดูแลผู้มารับบริการ <input type="checkbox"/> มีคู่มือและ/หรือแนวทางการจ่ายยาเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสม (Rational Drug Use system) <input type="checkbox"/> มีระบบจัดการข้อมูลผู้มารับบริการ เช่น โปรแกรมคอมพิวเตอร์ หรือแฟ้มข้อมูล <input type="checkbox"/> มีการเก็บเอกสารทางด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับร้านยาและการประกอบวิชาชีพพร้อมถึงหนังสือแจ้งเวียนถึงร้านยาไว้อ้างอิง <input type="checkbox"/> มีการบันทึกการรับและจ่ายยาประเภทต่างๆ <input type="checkbox"/> มีการจัดเก็บเอกสารคุณภาพ และเอกสารสำคัญในการปฏิบัติงาน ไว้อ้างอิง <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	
4. ระบบและเอกสารการให้บริการ	<input type="checkbox"/> มีการจัดทำบันทึกการให้บริการ [] บันทึกประวัติผู้รับบริการ และการเข้ารับบริการหรือปรึกษาด้านยาและสุขภาพ [] บันทึกประวัติการใช้ยาต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> ระบบการรายงาน ADR <input type="checkbox"/> ระบบและเอกสารส่งต่อผู้ป่วย <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	
5. ระบบหรือแนวทางการป้องกันความเสี่ยง	การจัดระบบการป้องกันความเสี่ยงในร้านและในเรือนยา <input type="checkbox"/> การระบุผู้ช้ยา และการค้นหาความต้องการที่แท้จริง <input type="checkbox"/> การจ่ายยาผิด (triple check) / ยาพ้องรูปเสียงคล้าย (LASA: Look-alike/Sound-alike) <input type="checkbox"/> ระเบียบวิธีการควบคุมกำกับจ่ายยา การดำเนินการกับยาหมดอายุ [] สมุดบันทึก [] สติกเกอร์สี [] คอมพิวเตอร์ [] อื่นๆ..... [] การจัดเรียงยาแบบ FEFO (First Expired First Out) [] มีบริเวณหรือภาชนะเก็บยาหมดอายุ หรือยาเสื่อมคุณภาพ ที่ไม่อยู่ในบริเวณที่ขายยา เพื่อรอการส่งคืน พร้อมทำป้ายแสดงชัดเจน [] อื่นๆ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบยาหมดอายุ เสื่อมคุณภาพ ในบริเวณการจำหน่ายยาทุกประเภท <input type="checkbox"/> การป้องกันแพ้ยา <input type="checkbox"/> การป้องกันอัคคีภัย	

ประเด็นมาตรฐาน		อธิบายตามหลักฐานหรือการปฏิบัติตามจริง
	<input type="checkbox"/> การจัดการควบคุมฉลากยา (original pack) <input type="checkbox"/> อื่น ๆ	

มาตรฐานที่ 3 การบริการเภสัชกรรมที่ดี

ประเด็นมาตรฐาน	กรอบการประเมิน	สิ่งที่พบจากการเยี่ยมประเมิน
1. การคัดเลือกยาและผลิตภัณฑ์ที่นำเข้า จำหน่ายในร้านยา การควบคุมคุณภาพยา และวันหมดอายุ	แหล่งจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ <input type="checkbox"/> บริษัทผู้ผลิต/ ผู้จัดจำหน่าย <input type="checkbox"/> ยี่ปั้ว <input type="checkbox"/> ผ่านสำนักงานใหญ่/ แผนกจัดซื้อ <input type="checkbox"/> สั่งผลิตหรือนำเข้าเอง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ..... เกณฑ์การคัดเลือกผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ <input type="checkbox"/> ผลิตภัณฑ์ผ่านการรับรองตามมาตรฐานการผลิตที่ดี GMP <input type="checkbox"/> มีการขนส่งที่ได้มาตรฐาน รักษาคุณภาพ <input type="checkbox"/> ขออนุญาตถูกต้องตามกฎหมาย <input type="checkbox"/> จัดเก็บในภาชนะเดิมมีฉลากครบถ้วน ไม่มีการแบ่งบรรจุ <input type="checkbox"/> มีระบบควบคุมสินค้าเข้าออก ที่มีเอกสารใบส่งของ บัญชีซื้อ บัญชีขายตามกฎหมายกำหนด ถูกต้อง (มีการลงลายมือชื่อที่ครบถ้วน)เป็นปัจจุบัน สามารถตรวจสอบ สืบค้นได้ <input type="checkbox"/> มีการดำเนินการตามระบบเฝ้าระวังหรือบัญชีควบคุม กำกับ <input type="checkbox"/> มีบันทึกรายการยาที่ส่งคืน หรือ ขอเปลี่ยนจากผู้ซื้อ <input type="checkbox"/> มีบันทึก การตรวจสอบสภาพก่อนกลับเข้าคลังสินค้า โดยผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ <input type="checkbox"/> มีระบบการจัดการ กำจัด ทำลายยาหมดอายุ	อธิบายการกำจัดยาหมดอายุโดย.....
2. การเก็บรักษาภายในร้านและยาสำรอง	<input type="checkbox"/> มีตู้เย็นเก็บยาและเวชภัณฑ์ที่ต้องเก็บในตู้เย็น <input type="checkbox"/> แยกเฉพาะ ไม่รวมกับของอื่น <input type="checkbox"/> ใช้ร่วมกับของอื่นโดยแบ่งชั้นไม่ปะปน <input type="checkbox"/> ไม่มีการเก็บยาที่ฝ้าตู้เย็น	

ประเด็นมาตรฐาน	กรอบการประเมิน	สิ่งที่พบจากการเยี่ยมประเมิน
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> การจัดเก็บยาและเวชภัณฑ์แยกประเภท ในซองซีป/หุ้มห่อเหมาะสม หรือมีกล่องพลาสติก สำหรับใส่ยาก่อนวางในตู้เย็น <input type="checkbox"/> วางเทอร์โมมิเตอร์ เพื่อวัดอุณหภูมิในตำแหน่งเดียวกับยาหรือเวชภัณฑ์ <input type="checkbox"/> มีการบันทึกอุณหภูมิ อย่างสม่ำเสมอ และมีระบบในการกำกับดูแลอุณหภูมิบันทึกอุณหภูมิตู้เย็นอยู่ในช่วง 2-8 °c วันละ 2 ครั้ง เวลา.....น.และ.....น. อุณหภูมิขณะประเมิน..... °c เวลา..... <input type="checkbox"/> เก็บยาในสภาวะอุณหภูมิที่สอดคล้องกับฉลากและเอกสารกำกับยา <input type="checkbox"/> มีการจัดการหลีกเลี่ยงแสงแดดและความร้อน อย่างเป็นไปตามหลักวิชาการเพื่อให้ยานั้นคงคุณภาพที่ดี <input type="checkbox"/> พื้นที่เก็บสำรองยา สะอาด มีระเบียบและเหมาะสมกับผลิตภัณฑ์ <input type="checkbox"/> การควบคุมเก็บรักษายาควบคุมพิเศษ วัตถุออกฤทธิ์ และยาเสพติดให้โทษฯ เป็นสัดส่วน รัศกุ่ม มีปริมาณพอเหมาะและสามารถตรวจสอบได้ 	
3. การส่งเสริมการใช้ยาที่เหมาะสม	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ไม่มีการจำหน่ายยาชุด <input type="checkbox"/> ไม่มีการแบ่งบรรจุยาเตรียมไว้ขาย (pre-pack) <input type="checkbox"/> มีแนวทางในการจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม และเป็นไปหลักวิชาการ <input type="checkbox"/> ไม่มีการจ่ายยาที่ใช้ผิดประเภท <input type="checkbox"/> มีแนวทางในการจ่ายยาที่เหมาะสมอื่นๆ เช่น 	
4. การให้บริการเภสัชกรรม	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ชักประวัติเพื่อค้นหาความต้องการที่แท้จริงของผู้มารับบริการชัดเจน (Prime Questions) <input type="checkbox"/> มีแนวทางการส่งมอบยา <ul style="list-style-type: none"> [] เภสัชกรส่งมอบยาที่ต้องดูแลโดยเภสัชกรด้วยตนเอง [] มีขบวนการประเมินและหาความต้องการที่แท้จริงของผู้มารับบริการ [] การเลือกภาชนะบรรจุยาที่จ่ายอย่างเหมาะสม [] การเขียน “ชื่อยา” บนซอง/ภาชนะบรรจุยา [] การแนะนำการใช้ยาด้วยวาจา [] การแนะนำการใช้ยาเป็นลายลักษณ์อักษร 	

ประเด็นมาตรฐาน	กรอบการประเมิน	สิ่งที่พบจากการเยี่ยมประเมิน
	<p><input type="checkbox"/> การให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องยาและการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ</p> <p><input type="checkbox"/> ข้อมูลบนฉลากยาครบถ้วน</p> <p><input type="checkbox"/> ชื่อร้าน (ระบุสาขา) พร้อมเบอร์ติดต่อ <input type="checkbox"/> ชื่อผู้ขาย <input type="checkbox"/> วันที่จ่ายยา <input type="checkbox"/> ใช้ก่อนวันที่(วันหมดอายุ)</p> <p><input type="checkbox"/> ชื่อยา <input type="checkbox"/> ชื่อบ่งใช้ <input type="checkbox"/> วิธีใช้ยา <input type="checkbox"/> ข้อควรระวังในการใช้ยา <input type="checkbox"/> ชื่อแนะนำเฉพาะยา</p> <p><input type="checkbox"/> ชื่อเภสัชกรผู้จ่ายยา พร้อมเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ</p> <p><input type="checkbox"/> มีขบวนการในการติดตามการใช้ยา (Drug Monitoring)</p> <p><input type="checkbox"/> มีขบวนการในการจัดการปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา (Drug-related Problem)</p> <p><input type="checkbox"/> มีขบวนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ชัดเจน เหมาะสม</p> <p><input type="checkbox"/> มีการให้คำปรึกษาแนะนำด้านยาเป็นพิเศษในกลุ่มใดหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> มีการเฝ้าระวังการแพ้ยา <input type="checkbox"/> แนวทางการประเมินการแพ้ยา <input type="checkbox"/> บัตรแพ้ยา</p> <p><input type="checkbox"/> มีการเฝ้าระวังและรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ APR (Adverse Product Reaction)</p> <p><input type="checkbox"/> มีการกำหนดขอบเขตการให้บริการและการส่งต่อผู้ป่วยที่ชัดเจน</p>	

มาตรฐานที่ 4 การปฏิบัติตามกฎระเบียบและจริยธรรม

ประเด็นมาตรฐาน	กรอบการประเมิน	สิ่งที่พบจากการเยี่ยมประเมิน
1. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ	<p><input type="checkbox"/> ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพถูกต้อง</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่อยู่ระหว่างถูกดำเนินการเรื่องจรรยาบรรณ หรือเพิกถอนใบอนุญาตฯ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่อยู่ระหว่างพักใช้ใบอนุญาตฯ</p> <p><input type="checkbox"/> แจ้งเภสัชกรแทน (จภก.1) กรณีเภสัชกรอื่นมาปฏิบัติงานแทน</p>	
2. ใบอนุญาตขายยา	<p><input type="checkbox"/> มียาถูกต้องตรงตามใบอนุญาต</p> <p><input type="checkbox"/> จัดทำบัญชีชื่อ-ขายยาทุกประเภทที่ถูกต้อง ตามกฎระเบียบ</p> <p><input type="checkbox"/> จัดเก็บใบสั่งยาและเอกสารที่เกี่ยวข้องเป็นหลักฐาน</p>	
3. การจำหน่ายยาเมื่อเภสัชกรไม่อยู่	<p><input type="checkbox"/> ปิดบังบริเวณตู้เก็บยาอันตราย / ยาควบคุมพิเศษ / ยาที่ต้องจ่ายโดยเภสัชกร</p> <p><input type="checkbox"/> แสดงป้ายแสดงให้ผู้รับบริการทราบและเห็นชัดเจน</p>	

ประเด็นมาตรฐาน	กรอบการประเมิน	สิ่งที่พบจากการเยี่ยมประเมิน
	<input type="checkbox"/> มีระบบป้องกัน การจำหน่ายยาโดยพนักงานอื่นที่ไม่ใช่เภสัชกร	
4. สิทธิผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> มีการติดประกาศสิทธิผู้ป่วยให้ผู้รับบริการทราบและเห็นได้ชัดเจน <input type="checkbox"/> เก็บรักษาความลับและป้องกันข้อมูลของผู้ป่วย	
5. การจ่ายยาควบคุมพิเศษ วัตถุออกฤทธิ์ ยาเสพติด ให้โทษฯ	<input type="checkbox"/> มีการจัดเก็บรัดกุม มีกุญแจล็อก ป้องกันการเข้าถึงโดยบุคคลที่ไม่ใช่เภสัชกร <input type="checkbox"/> มีการกำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายยากดงกล่าว <input type="checkbox"/> มีใบสั่งยาหรือมีหลักเกณฑ์การจ่ายที่เป็นรูปธรรม <input type="checkbox"/> มีบันทึกการให้บริการชัดเจน	
6.การไม่จำหน่ายสุรา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และผลิตภัณฑ์ที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย	<input type="checkbox"/> ติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ในร้านยา ตามที่กฎหมายกำหนด <input type="checkbox"/> ไม่พบการจำหน่ายเหล้า สุรา เบียร์ ไวน์ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ <input type="checkbox"/> ไม่พบผลิตภัณฑ์ที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย เช่น ยาไม่มีทะเบียน ยาปลอม	

มาตรฐานที่ 5 การให้บริการและการมีส่วนร่วมในชุมชนและสังคม

ประเด็นมาตรฐาน	กรอบการประเมิน	สิ่งที่พบจากการเยี่ยมประเมิน
1. การบริการข้อมูลและให้ความรู้และคำปรึกษาเรื่องยา และสุขภาพแก่ชุมชน	<input type="checkbox"/> ร้านยามีส่วนร่วมในการให้ความรู้ด้านยาและสุขภาพแก่ประชาชน โดยการจัดบอร์ดให้ความรู้ ,เอกสารให้ความรู้ ฯลฯ <input type="checkbox"/> ประชาชนได้มารับบริการสามารถซักถามปรึกษาปัญหาด้านยาและสุขภาพ <input type="checkbox"/> การดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้มารับบริการในร้านยาโดยบุคลากรอื่นซึ่งมิใช่เภสัชกรหรือพนักงานร้านยา ได้รับคำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากเภสัชกร และเภสัชกรควบคุมกำกับกับการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในร้านยาให้ถูกต้องตามกฎหมาย	
2. ร่วมในโครงการรณรงค์ด้านสุขภาพ	<input type="checkbox"/> มีส่วนร่วมในโครงการรณรงค์ด้านสุขภาพร่วมกับหน่วยงานและองค์กรด้านสาธารณสุข กิจกรรม.....	
3. ร่วมค้นหาและแก้ไขปัญหาด้านยาของชุมชน	<input type="checkbox"/> มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาด้านยาและสุขภาพของชุมชน กิจกรรม.....	

นอกจากนี้ ข้าพเจ้าได้จัดกิจกรรมอื่นๆเพื่อส่งเสริมบริการคุณภาพอื่นๆดังต่อไปนี้

สิ่งที่ต้องส่งมาด้วย

ภาพแสดงสถานที่และอุปกรณ์จริง

ก.สถานที่และอุปกรณ์

- 1.ภาพแสดงหน้าร้านด้านนอกเต็มหน้าที่มีชื่อร้าน เลขที่บ้าน
- 2.ภาพแสดงภายในร้านทั่วไปเป็นมุมกว้าง
- 3.พื้นที่ให้บริการโดยเภสัชกรพร้อมโต๊ะให้คำปรึกษา/ป้าย
- 4.ป้ายตามกฎหมายทุกประเภท
- 5.การจัดเรียงยาตามหมวดหมู่พร้อมป้าย
- 6.วัสดุที่บ่งชี้พร้อมข้อความแสดงการไม่จำหน่ายยาขณะเภสัชกรไม่ อยู่ ปฏิบัติการ
- 7.พื้นที่เก็บสำรองยาหรือคลังสำรองยาแยก(ถ้ามี)
- 8.อุปกรณ์ควบคุมอุณหภูมิในห้องจ่ายยาและคลังสำรองยารวมทั้ง แบบบันทึก
- 9.ผู้ยื่นแสดงการเก็บยาพร้อมแบบบันทึกอุณหภูมิ(ถ้ามี)
- 10 .อุปกรณ์ได้แก่ ถาดนับยา เครื่องชั่งน้ำหนัก(คน) ที่วัดส่วนสูง อุปกรณ์วัดความดัน ถังดับเพลิง

ข. บุคลากร

- 1.เภสัชกร แสดงตน พร้อมป้ายแสดงตนขณะอยู่ปฏิบัติการทุกท่าน
- 2.พนักงานร้านยา

ค. เอกสารตามเกณฑ์การขอต่ออายุการรับรองร้านยาคุณภาพ

1. สำเนาใบอนุญาตขายยาทุกประเภทที่ได้รับอนุญาต
2. สำเนาใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรผู้ปฏิบัติการของร้านยา
3. แบบบันทึกหน่วยการศึกษาต่อเนื่องของเภสัชกรหรือเอกสารผ่านการอบรมด้านเภสัชกรรมชุมชน
4. สำเนาใบชำระค่าธรรมเนียมการต่ออายุการรับรองร้านยาคุณภาพ จำนวน บาท

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำรับรอง

() เภสัชกร

วันที่.....

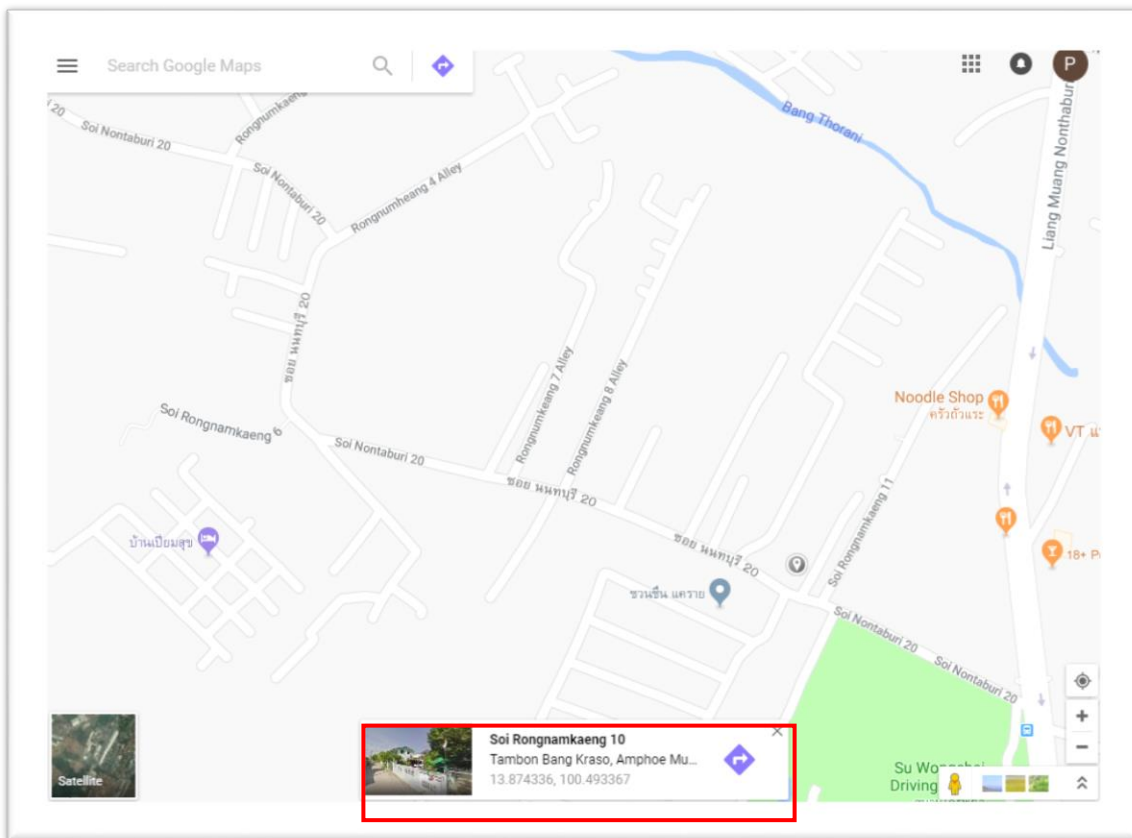
ส.ร.ร.จะดำเนินการประเมินการต่ออายุการรับรองร้านยาคุณภาพเมื่อได้รับเอกสารตามที่ระบุไว้ดังกล่าวครบถ้วนแล้ว
ชำระค่าธรรมเนียมการต่ออายุการรับรองร้านยาคุณภาพจำนวนเงิน...1,500.00 .บาท โดยชำระผ่านบัญชี สภาเภสัชกรรม
ธนาคารไทยพาณิชย์ ประเภทออมทรัพย์ บัญชีเลขที่ 340-2-01454-8 สาขาซอยกระทรวงสาธารณสุข

วิธีที่ 1 : การสืบค้นพิกัดฯ โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์

① เปิดโปรแกรมเว็บเบราว์เซอร์ (เช่น Internet Explorer, Google Chrome) แล้วพิมพ์

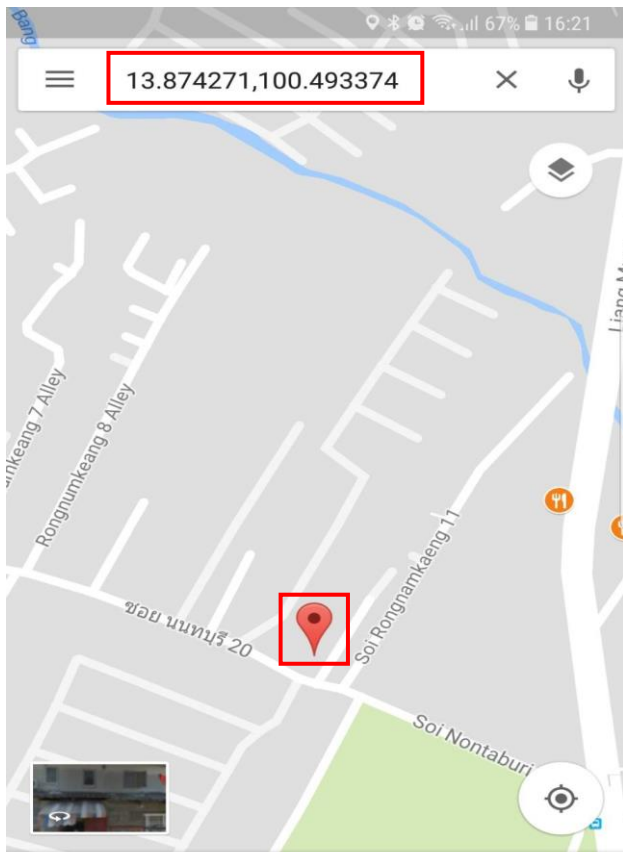
<https://www.google.co.th/maps/>

- ② คลิกขวาที่ตำแหน่งร้านยาแล้วเลือก What's here?
- ③ ข้อมูลพิกัดจะแสดงที่ด้านล่างหน้าจอตามตัวอย่างด้านล่าง
- ④ ส่งตัวเลขพิกัดไปที่ Email : papc@pharmacycouncil.org



วิธีที่ 2 : การสืบค้นพิกัดฯ โดยใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ระบบ Android

- ① เปิดระบบ GPS ในโทรศัพท์เคลื่อนที่ เพื่อให้แสดงตำแหน่งที่ตั้งของท่าน
- ② เปิด Application Google Map
- ③ แตะที่ตำแหน่งร้านยาบนแผนที่ที่ค้างไว้ จะมีเครื่องหมายรูปหมุดสีแดงปรากฏขึ้น ข้อมูลพิกัดจะแสดงในช่องค้นหาดังรูปภาพด้านล่าง



Soi Rongnamkaeng 10

Tambon Bang Kraso, Amphoe Mueang Nont... • 23 min

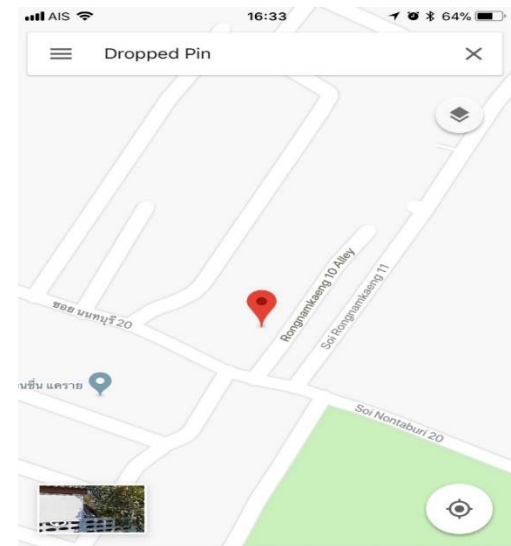
MORE INFO

DIRECTIONS

- ④ ส่งตัวเลขพิกัดไปที่ Email : papc@pharmacycouncil.org

วิธีที่ 3 : การสืบค้นพิกัดฯ โดยใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ระบบ IOS

- ① เปิดระบบ GPS ในโทรศัพท์เคลื่อนที่ เพื่อให้แสดงตำแหน่งที่ตั้งของท่าน
- ② เปิด Application Google Map
- ③ แตะที่ตำแหน่งร้านยาบนแผนที่ที่ค้างไว้ จะมีเครื่องหมายรูปหมุดสีแดงปรากฏขึ้น ข้อมูลพิกัดจะแสดงในช่องค้นหาดังรูปภาพด้านล่าง



Dropped Pin

near Bang Kraso, Mueang Nonthaburi District, Nonthabur...

Start (23 min)

Directions

- ④. แตะที่คำว่า "Dropped pin" ข้อมูลพิกัดที่ตั้งร้าน จะแสดงในหน้าจอดังรูปภาพ ส่งตัวเลขพิกัดไปที่ Email : papc@pharmacycouncil.org

