

คู่มือการให้บริการ : การขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

หน่วยงานที่ให้บริการ : กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

กระทรวง : กระทรวงสาธารณสุข

๑. ชื่อกระบวนการ: การขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน
๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
๓. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จภายในหน่วยเดียว
๔. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - ๑) พ.ร.บ. ยา พ.ศ. ๒๕๑๐ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม
 - ๒) กฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. ๒๕๕๖ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม
 - ๓) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่อุปกรณ์และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. ๒๕๕๗
 - ๔) ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง กำหนดแบบคำขอและใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน
 - ๕) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๒๒) เรื่อง ระบุโรคต้องห้ามเป็นผู้รับอนุญาตเกี่ยวกับยา
 - ๖) กฎกระทรวง ฉบับที่ ๒๖ (พ.ศ. ๒๕๓๗) ออกตามความในพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐
 - ๗) คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๗๗/๒๕๕๙ เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการพิจารณา อนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพ
 - ๘) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่จะจัดเก็บจากผู้ยื่นคำขอในกระบวนการพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์ยา พ.ศ. ๒๕๖๐
 - ๙) คำสั่งจังหวัดพิจิตร ที่ ๑๖๔๑/๒๕๖๒ เรื่อง การมอบอำนาจให้รองผู้ว่าราชการจังหวัด หัวหน้าส่วนราชการประจำจังหวัด หัวหน้าส่วนราชการสังกัดราชการบริหารส่วนกลางที่มีสำนักงานตั้งอยู่ในเขตจังหวัด นายอำเภอ และผู้ดำรงตำแหน่งอื่น ปฏิบัติราชการแทน ผู้ว่าราชการจังหวัดพิจิตร ผนวก ข ผู้ว่าราชการจังหวัดมอบอำนาจให้หัวหน้าส่วนราชการ ปฏิบัติราชการแทน ข้อ ๑๕.๑.๑ มอบอำนาจให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ดำเนินการตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐
๖. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
๗. พื้นที่ให้บริการ: ส่วนภูมิภาค (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร)
๘. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา: ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง กำหนดระยะเวลาการปฏิบัติราชการเพื่อบริการประชาชน พ.ศ. ๒๕๖๐
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ๑๐ วันทำการ
๙. ข้อมูลสถิติ: จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน - จำนวนคำขอที่มากที่สุด - จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด -
๑๐. อ้างอิงจากคู่มือประชาชน: การขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

คู่มือการให้บริการ: การขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

๑๑. ช่องทางการให้บริการ:

สถานที่ให้บริการ ติดต่อด้วยตนเอง ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ (ชั้น ๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
 ๒๗/๙๙ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร ๖๖๐๐๐
 โทรศัพท์ ๐๕๖-๙๙๐๓๕๔ ต่อ ๑๐๖ หรือ ๑๒๐
 ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ - วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
 ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. (พักเที่ยง เวลา ๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น.)

๑๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอและในการพิจารณาอนุญาต:

ข้อ ๑ ผู้ประสงค์ยื่นคำขอต้องจัดเตรียมสถานที่และปฏิบัติให้สอดคล้องตาม กฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. ๒๕๕๖ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่อุปกรณ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. ๒๕๕๗ ก่อนยื่นคำขอ

ข้อ ๒ ผู้ขออนุญาต/ผู้ดำเนินกิจการ ต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า ๒๐ ปีบริบูรณ์ มีคุณสมบัติครบถ้วนตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ มาตรา ๑๔ และต้องมีใช้บุคคลต่างตัว เว้นแต่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการได้ตามกฎหมาย (สำหรับคนต่างตัวต้องได้รับใบอนุญาตสำหรับธุรกิจสาม(๑๔) และ (๑๕) หรือหนังสือรับรองตามมาตรา ๑๑ หรือมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติการประกอบธุรกิจของคนต่างตัว พ.ศ. ๒๕๔๒ โดยแสดงใบอนุญาตสำหรับธุรกิจสามหรือหนังสือรับรองตามมาตรา ๑๑ หรือมาตรา ๑๒ แห่ง พ.ร.บ.การประกอบธุรกิจของคนต่างตัว พ.ศ. ๒๕๔๒ เพื่อเป็นหลักฐาน)

ข้อ ๓ ผู้ขออนุญาต/ผู้ดำเนินกิจการ ต้องตรวจสอบเอกสารสำหรับยื่นคำขอตามแบบตรวจสอบคำขอฯ (Self Assessment Report) ให้ครบถ้วนถูกต้องในทุกรายการและลงนามรับรอง

ข้อ ๔ ผู้ดำเนินกิจการหรือผู้รับมอบอำนาจที่มายื่นคำขอฯ ต้องสามารถให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับคำขอฯ ได้อย่างถูกต้องครบถ้วน และมีอำนาจตัดสินใจและลงนามรับทราบข้อบกพร่องได้ (กรณีไม่ใช่ผู้ดำเนินกิจการหรือกรรมการผู้มีอำนาจของนิติบุคคล ต้องมีหนังสือมอบอำนาจให้มีอำนาจดำเนินการแทนแนบมาด้วย)

ข้อ ๕ เกสัชกรที่จะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกคนต้องมาแสดงตนต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ในวันที่ยื่นคำขอ

ข้อ ๖ ใบอนุญาตสิ้นอายุ ๓๑ ธันวาคมของปีที่ยื่นขออนุญาต

หมายเหตุ:

๑) ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วนและ/หรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์ เป็นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้ ผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายใน ๗ วันทำการ มิเช่นนั้น จะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนคำคำขอในกรณีนี้

๒) ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือ จะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วน ตามที่ระบุไว้เรียบร้อยแล้วและแจ้งผลการพิจารณาภายใน ๗ วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

๑๓. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ:

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม ๑๐ วันทำการ (ไม่รวมระยะเวลาเพื่อดำเนินการตรวจสอบและแก้ไขสถานที่ขยายให้ เป็นไปตามกฎหมาย และระยะเวลาที่ผู้ประกอบการขอผ่อนผันการแก้ไข หรือส่งเอกสารเพิ่มเติมในระหว่างการศึกษา)

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบให้บริการ	หมายเหตุ
๑)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้รับอนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจยื่นเอกสารที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร พร้อมชำระค่าอาชญากรรมที่เกี่ยวข้อง	๑ วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร	-
๒)	การตรวจสอบสถานที่และแก้ไขสถานที่	เจ้าหน้าที่ตรวจสอบสถานที่ขยายและผู้ประกอบการแก้ไขสถานที่ให้เป็นไปตามกฎหมาย ภายในระยะเวลาที่กำหนด	ไม่นับรวมในระยะเวลาดำเนินการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร	-
๓)	การศึกษา	- เจ้าหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลประวัติเงื่อนไขและคุณสมบัติที่กฎหมายกำหนด - ลงข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ และจัดทำร่างใบอนุญาตพร้อมเอกสารที่เกี่ยวข้อง เสนอหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขพิจารณา	๓ วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร	ไม่รวมระยะเวลาแก้ไขหรือส่งเอกสารเพิ่มเติม
๔)	การศึกษา	จัดทำใบอนุญาตฉบับจริงเพื่อเสนอลงนาม	๑ วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร	-
๕)	การลงนาม	เสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตรลงนาม	๔ วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร	ยกเว้นกรณีผู้ลงนามอนุญาตติดราชการเกินกว่า ๔ วันทำการ
๖)	การจ่ายใบอนุญาต	เจ้าหน้าที่ลงผลการพิจารณาในระบบคอมพิวเตอร์แจ้งผลการพิจารณา ออกใบสั่งชำระค่าธรรมเนียม และจ่ายใบอนุญาต	๑ วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร	-

หมายเหตุ: ระยะเวลาในขั้นตอนที่ ๓) จะเริ่มนับเมื่อผู้ประกอบการส่งเอกสารครบถ้วนถูกต้อง และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบสถานที่ขยายพบว่า เป็นไปตามกฎหมายกำหนดแล้ว

คู่มือการให้บริการ: การขออนุญาตขยายยาแผนปัจจุบัน
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

๑๔. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว:
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอนและระยะเวลาปฏิบัติราชการ

๑๕. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ:

โปรดตรวจสอบเอกสารหลักฐานให้ครบถ้วนถูกต้องทั้ง ๑๖ รายการ ก่อนยื่นคำขอ

ที่	รายการเอกสาร	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๑)	แบบคำขออนุญาตขายยา แผนปัจจุบัน (แบบ ข.ย.๑)	-	๑	๐	ฉบับ	ตามแบบฟอร์ม ข.ย.๑ ที่ อย. กำหนด
๒)	รูปถ่ายของผู้ขออนุญาต สีพื้นหลังเรียบ หน้าตรง ใบหน้าชัดเจน ไม่ยิ้ม ไม่สวมหมวกหรือแว่นตา ขนาด ๓ x ๔ เซนติเมตร (๑ นิ้ว) ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน (อัดด้วยกระดาษโฟโต้ไม่ใช้ปริ้นท์สี จากเครื่องพิมพ์)	-	๓	๐	รูป	-
๓)	สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมการรับรองสำเนาถูกต้อง ของบุคคลที่เกี่ยวข้องทุกคน ดังต่อไปนี้ ๓.๑) ผู้ขอรับอนุญาต (กรณีบุคคล ธรรมดา) ๓.๒) ผู้รับการแต่งตั้งจากนิติบุคคลให้ เป็นผู้ดำเนินการ (กรณีนิติบุคคล) ๓.๓) ผู้มีอำนาจลงนามของนิติบุคคลที่ เป็นผู้ลงนามแต่งตั้งผู้ดำเนินการ (กรณีนิติบุคคล) ๓.๔) ผู้รับมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน (กรณีที่ทำหนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน) ๓.๕) ผู้มอบอำนาจให้ดำเนินการแทน (กรณีที่ทำหนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน) ๓.๖) ผู้ยินยอมให้ใช้สถานที่ฯ หรือ ผู้ให้เช่าสถานที่ฯ (แล้วแต่กรณี) ๓.๗) ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกคน	กรมการปกครอง	๐	๑	ฉบับ/คน	* กรณีที่ผู้ดำเนินการเป็น บุคคลต่างด้าว ให้ใช้หลักฐาน ดังนี้แทน - สำเนาหนังสือเดินทาง (passport) พร้อมรับรอง สำเนาถูกต้อง - สำเนาหนังสือขออนุญาต ทำงานที่ออกโดยกระทรวง แรงงานฯ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

คู่มือการให้บริการ: การขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

ที่	รายการเอกสาร	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๔)	สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมการรับรองสำเนาถูกต้อง ของบุคคลที่เกี่ยวข้องทุกคน ดังต่อไปนี้ ๓.๑) ผู้ขอรับอนุญาต (กรณีบุคคล ธรรมดา) ๓.๒) ผู้รับการแต่งตั้งจากนิติบุคคลให้ เป็นผู้ดำเนินการ (กรณีนิติบุคคล) ๓.๓) ผู้มีอำนาจลงนามของนิติบุคคลที่ เป็นผู้ลงนามแต่งตั้งผู้ดำเนินการ (กรณีนิติบุคคล) ๓.๔) ผู้รับมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน (กรณีที่ทำหนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน) ๓.๕) ผู้มอบอำนาจให้ดำเนินการแทน (กรณีที่ทำหนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน) ๓.๖) ผู้ยินยอมให้ใช้สถานที่ฯ หรือ ผู้ให้เช่าสถานที่ฯ (แล้วแต่กรณี) ๓.๗) ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกคน	กรมการปกครอง	๐	๑	ฉบับ/คน	* กรณีที่ผู้ดำเนินการเป็น บุคคลต่างด้าว ให้ใช้หลักฐาน ดังนี้แทน - สำเนาหนังสือเดินทาง (passport) พร้อมรับรอง สำเนาถูกต้อง - สำเนาหนังสือขออนุญาต ทำงานที่ออกโดยกระทรวง แรงงานฯ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
๕)	หนังสือรับรองนิติบุคคล (เฉพาะกรณี ผู้ขออนุญาตฯ เป็นนิติบุคคล)	สำนักงานพาณิชย์ จังหวัด/กรมพัฒนา ธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์	๑	๐	ชุด	- หนังสือรับรองนิติบุคคล ที่ออกให้จะต้องมีอายุไม่เกิน ๖ เดือน นับถึงวันที่มายื่นคำขอ - ต้องระบุเลขที่ตั้งของสถานที่ ที่จะขออนุญาตเป็นสำนักงาน สาขา หรือสำนักงานใหญ่ ในหนังสือรับรองนิติบุคคล
๖)	หนังสือแต่งตั้งผู้ดำเนินการ (ใช้เฉพาะกรณีนิติบุคคล) (ปิดอากรแสตมป์ ๓๐ บาท)	-	๑	๐	ฉบับ	ตามแบบฟอร์มที่ อย. กำหนด การลงนามต้องสอดคล้องตาม ชื่อผู้มีอำนาจที่จะลงนาม ตามที่ปรากฏในหนังสือรับรอง นิติบุคคล พร้อมแนบสำเนา ทะเบียนบ้านและสำเนาบัตร ประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจด้วย * กรณีที่เป็นบุคคลต่างด้าว ให้ใช้สำเนาหนังสือเดินทาง (Passport) และหนังสือการ อนุญาตให้ทำงานที่ออกโดย กระทรวงแรงงานฯ)

คู่มือการให้บริการ: การขออนุญาตขยายแผนปัจจุบัน

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

ที่	รายการเอกสาร	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๗)	หนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน (เปิดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท) * เฉพาะกรณีและผู้ขออนุญาต/ผู้ดำเนินการ ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขออนุญาต ด้วยตนเอง และมอบให้ผู้อื่นทำการแทน	-	๑	๐	ฉบับ	-
๘)	ใบรับรองแพทย์ ของ ๓.๑) ผู้ขออนุญาต/ผู้ดำเนินการ (กรณีนิติบุคคล) ๓.๒) ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกคน	-	๑	๐	ฉบับ/คน	- ใบรับรองแพทย์ต้องมีอายุ ไม่เกิน ๓ เดือน ณ วันที่มา ยื่นคำขอ - ระบุการตรวจโรคต้องห้าม ตามประกาศ ได้แก่ โรคเรื้อน วัณโรคในระยะ-อันตราย โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏ อาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม โรคติดยาเสพติดให้โทษ- ร้ายแรง และโรคพิษสุราเรื้อรัง
๙)	เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานที่ขายยา แบ่งเป็น กรณีที่ ๑ เจ้าบ้านในทะเบียนบ้านของ สถานที่ขายยาเป็นชื่อผู้ขออนุญาต ๔.๑) สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ ขายยา ที่ระบุชื่อเจ้าบ้านเป็นผู้ขอ อนุญาต กรณีที่ ๒ กรณีผู้ขออนุญาตไม่ใช่เจ้าบ้าน ในทะเบียนบ้านของสถานที่ขายยา ๔.๑) หนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่ พร้อมหลักฐานแสดงความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ให้ความยินยอมและผู้ขอ อนุญาต (ต้องเป็นเครือญาติกันหรือมี นามสกุลเดียวกัน (ระบุความสัมพันธ์) ๔.๒) เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานที่ ขายยาของผู้ยินยอมให้ใช้สถานที่ ๔.๓) สำเนาทะเบียนบ้านของ ผู้ยินยอมให้ใช้สถานที่ ๔.๔) สำเนาบัตรประชาชนของ ผู้ยินยอมให้ใช้สถานที่ (มีต่อ)	กรมการปกครอง	๐	๑	ชุด	-

คู่มือการให้บริการ: การขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

ที่	รายการเอกสาร	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	กรณีที่ ๓ ผู้ขออนุญาตเช่าสถานที่เพื่อ ดำเนินกิจการขายยา ๔.๑) สำเนาสัญญาเช่า (ที่ระบุที่อยู่ของ สถานที่ที่ให้เช่าครบถ้วนชัดเจนใน สัญญา) ๔.๒) เอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานที่ ขายยาของผู้ให้เช่า ๔.๓) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ให้เช่า ๔.๔) สำเนาบัตรประชาชนของผู้ให้เช่า					
๑๐)	สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตและผู้มี หน้าที่ปฏิบัติการ	-	๓	๐	ฉบับ/ ผู้มีหน้าที่ ปฏิบัติการ ๑ คน	ตามแบบฟอร์มที่ อย. กำหนด โดยผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกคน ต้องมาลงนามต่อหน้าพนักงาน เจ้าหน้าที่ ทั้ง ๓ ชุด เมื่อลงนามแล้ว เจ้าหน้าที่จะ คืนให้ ๒ ชุด (สำหรับเก็บไว้ ที่ผู้ขออนุญาต ๑ ชุด และ ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ๑ ชุด)
๑๑)	คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (แบบ ข.ย.๑๔ หน้า ๑-๓)	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพิจิตร	๑	๐	ชุด/ ผู้มีหน้าที่ ปฏิบัติการ ๑ คน	ตามแบบฟอร์ม ข.ย.๑๔ ที่ อย. กำหนด โดยผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกคน ต้องมาแสดงตนและลงนาม ต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่
๑๒)	สำเนาใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม พร้อมการรับรองสำเนาถูกต้อง ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกคน	-	๑	๐	ฉบับ/ ผู้มีหน้าที่ ปฏิบัติการ ๑ คน	ชื่อ นามสกุล คำนำหน้าชื่อ จะต้องมีการแก้ไขใน ใบประกอบวิชาชีพฯ หรือแบบหลักฐานขอแก้ไข จากสภาวิชาชีพฯ (เช่น หลักฐานการชำระค่าธรรมเนียม เพื่อขอแก้ไข)
๑๓)	หลักฐานแสดงว่าเภสัชกรผู้มีหน้าที่ ปฏิบัติการเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ ในการให้บริการทางเภสัชกรรมชุมชน และกฎหมายด้านยา	-	๑	๐	ฉบับ/ ผู้มีหน้าที่ ปฏิบัติการ ๑ คน	- หลักฐานแสดงการมีหน่วยกิต การศึกษาระดับปริญญาตรี ด้านเภสัชกรรมชุมชนหรือ กฎหมายด้านยา - หลักฐานการผ่านการเตรียม ความพร้อมในการเป็นผู้มี หน้าที่ปฏิบัติการฯ ในหลักสูตร ที่สภาเภสัชกรรมรับรองฯ

คู่มือการให้บริการ: การขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

ที่	รายการเอกสาร	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๑๔)	เอกสารแสดงหลักทรัพย์ (กรณีบุคคลธรรมดาเป็นผู้ขออนุญาต) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง	-	๐	๑	ฉบับ	เช่น - สำเนาสมุดบัญชีเงินฝาก ที่เป็นปัจจุบัน พร้อมนำสมุด เงินฝากตัวจริงมาแสดง โดยมี เงินในบัญชีตั้งแต่ ๑๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน) ขึ้นไป - สำเนาโฉนดที่ดิน ที่ไม่ติด ภาระผูกพัน และระบุชื่อ ในโฉนดเป็นชื่อผู้ขออนุญาต
๑๕)	รูปถ่าย แผนที่ และแผนผังของสถานที่ ที่ขออนุญาต ซึ่งแสดงสัดส่วนของพื้นที่ เป็นหน่วยวัด เช่น เมตร, ตารางเมตร	-	๑	๐	ชุด	ตามแบบฟอร์มที่ อย. กำหนด
๑๖)	คำขอรับการตรวจสถานที่ขายยา ตามหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติที่ดีทาง เภสัชกรรม (GPP)	-	๑	๐	ฉบับ	ตามแบบฟอร์มของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

๑๖. ค่าคำขอฯ และค่าธรรมเนียม:

ค่าคำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

คำขอละ ๕๐๐ บาท

ค่าธรรมเนียมใบอนุญาต

ฉบับละ ๒,๐๐๐ บาท

ค่าคำขอรับการตรวจสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (GPP) ครั้งละ ๒,๐๐๐* บาท

* จะเริ่มเก็บเต็มอัตรา ครั้งละ ๓,๐๐๐ บาท ตั้งแต่วันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

ช่องทางการชำระค่าธรรมเนียม ชำระด้วยตนเองได้ที่ฝ่ายการเงิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐-๑๕.๓๐ น. โดยมีระยะเวลาที่ใช้ในการชำระค่าธรรมเนียม ๓๐ นาที

๑๗. ช่องทางการร้องเรียน:

๑) ติดต่อด้วยตนเอง ณ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ๒๗/๙๙ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร ๖๖๐๐๐

หรือเบอร์โทรศัพท์ ๐๕๖-๙๙๐๓๕๔ ต่อ ๑๐๖ หรือ ๑๒๐ หรือทางอีเมลล์ fdapv๖๖@fda.moph.go.th

๒) ศูนย์บริการประชาชนสำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี

เลขที่ ๑ ถนนพิษณุโลก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐ / สายด่วน ๑๑๑๑ / www.๑๑๑๑.go.th / ตู้ปณ.๑๑๑๑ -

เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลกเขตดุสิตกทม. ๑๐๓๐๐

คู่มือการให้บริการ: การขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

๑๘. แบบฟอร์มและคู่มือการกรอก:

- ๑) แบบฟอร์มคำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (แบบ ข.ย.๑)
- ๒) หนังสือแต่งตั้งผู้ดำเนินการ (กรณีนิติบุคคล)
- ๓) หนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน (กรณีผู้ขออนุญาต/ผู้ดำเนินการมอบอำนาจให้ผู้อื่นมาดำเนินการแทน)
- ๔) คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (แบบ ข.ย.๑๔ หน้า ๑-๓)
- ๕) สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
- ๖) รูปถ่าย แผนที่ และแผนผังของสถานที่ที่ขออนุญาต
- ๗) คำขอรับการตรวจสอบสถานที่ขายยาตามหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติที่ดีทางเภสัชกรรม (GPP)

๑๙. หมายเหตุ: สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มที่เกี่ยวข้องและคู่มือการกรอกได้ที่

<http://www.fda.moph.go.th/sites/drug/SitePages/ApprovalDrugFormPage.aspx>

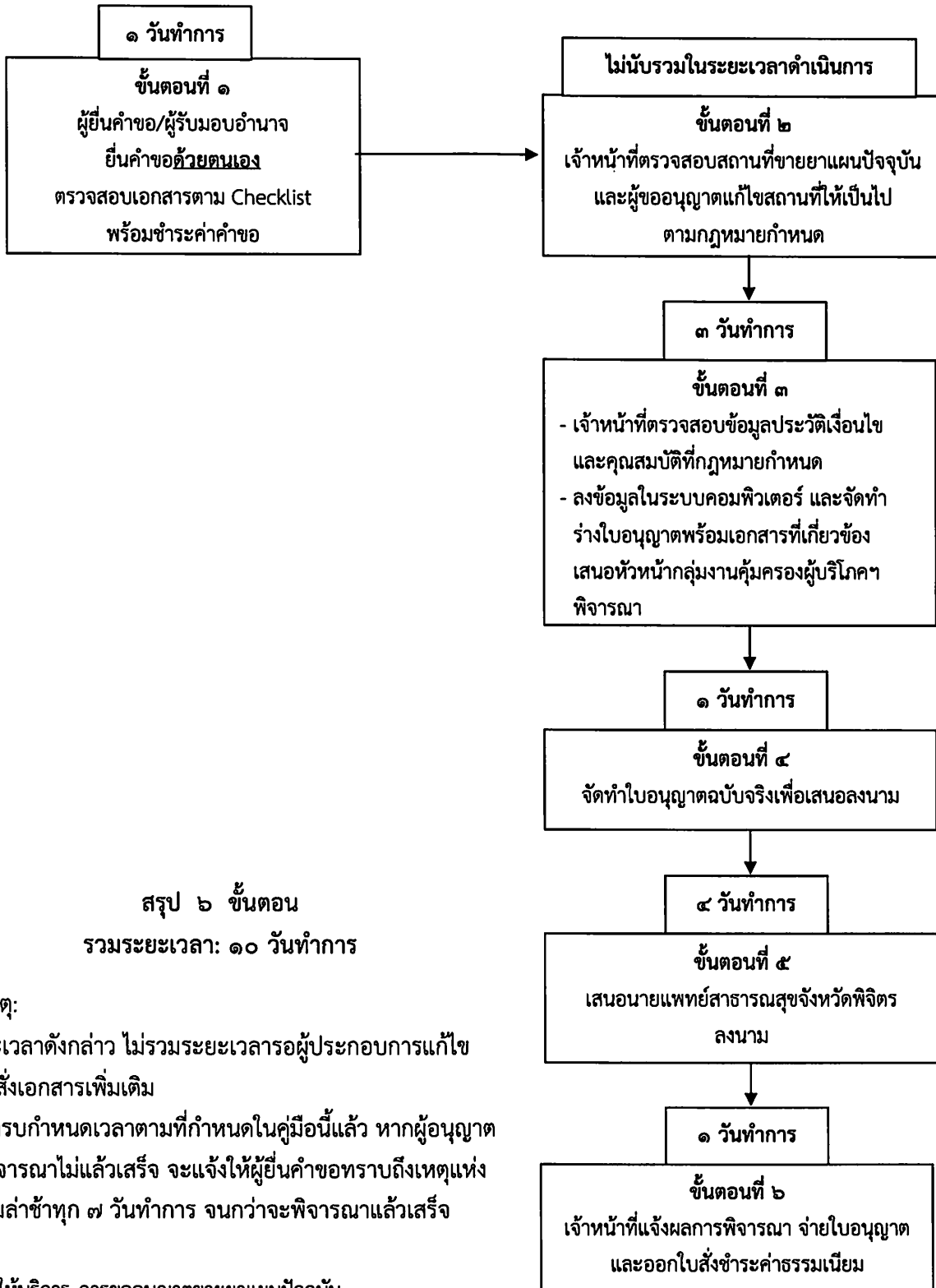
วันที่อนุมัติ	๑๓ มีนาคม ๒๕๖๓
ผู้จัดทำคู่มือ	นางสาวอาทริยา แสงโชติ
ผู้อนุมัติ	นายวรวิทย์ พูลสวัสดิ์กิติกุล
ผู้เผยแพร่	นางสาวอาทริยา แสงโชติ

คู่มือการให้บริการ: การขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

การขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร



สรุป ๖ ขั้นตอน
รวมระยะเวลา: ๑๐ วันทำการ

หมายเหตุ:

๑. ระยะเวลาดังกล่าว ไม่รวมระยะเวลาของผู้ประกอบการแก้ไขหรือส่งเอกสารเพิ่มเติม
๒. เมื่อครบกำหนดเวลาที่กำหนดในคู่มือนี้แล้ว หากผู้อนุญาตยังพิจารณาไม่แล้วเสร็จ จะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอทราบถึงเหตุแห่งความล่าช้าทุก ๗ วันทำการ จนกว่าจะพิจารณาแล้วเสร็จ

คู่มือการให้บริการ: การขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร