

ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

เรื่อง กำหนดแบบตามกฎหมายกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๕
พ.ศ. ๒๕๖๙

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงแบบตามกฎหมายกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๕ ให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๖ แห่งกฎหมายกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๕ เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการเครื่องมือแพทย์ ออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดหกสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง กำหนดแบบตามกฎหมายกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๕ ลงวันที่ ๑๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๕

ข้อ ๓ การขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ ให้ใช้แบบท้ายประกาศดังต่อไปนี้

(๑) คำขออนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ ตามแบบ ข.พ. ๑

(๒) ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ ตามแบบ บ.ข.พ. ๑

(๓) คำขอต่ออายุใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ ตามแบบ ข.พ. ๒

(๔) คำขอย้ายหรือเปลี่ยนแปลงสถานที่ขายเครื่องมือแพทย์หรือสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์ ตามแบบ ข.พ. ๓

(๕) คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ ตามแบบ ข.พ. ๔

ข้อ ๔ บรรดาคำขอที่เกี่ยวข้องกับการขออนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ที่ได้ยื่นไว้ก่อนวันที่ประกาศนี้ใช้บังคับและยังอยู่ในระหว่างการพิจารณาของผู้อนุญาต ให้ถือว่าเป็นการยื่นคำขอตามประกาศนี้ ทั้งนี้ ผู้อนุญาตอาจขอให้ผู้ยื่นคำขอดำเนินการหรือส่งเอกสารหรือหลักฐานเพิ่มเติมได้ตามที่เห็นสมควร

ข้อ ๕ ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ ที่ออกให้ก่อนวันที่ประกาศนี้ใช้บังคับ ให้คงใช้ได้ต่อไปจนกว่าใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์นั้นจะสิ้นอายุหรือถูกสั่งเพิกถอนตามมาตรา ๖๙ แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๙

สุภัทรา บุญเสริม

เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

ที่ติดรูปถ่าย
 ผู้ขออนุญาต
 หรือผู้ดำเนิน
 กิจกรรม

เลขที่รับ.....
 วันที่.....

คำขออนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....(ชื่อบุคคลธรรมดา/นิติบุคคล)
 มีความประสงค์ขออนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ ดังนี้

๑. ข้อมูลผู้ขออนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

☐ กรณีบุคคลธรรมดา ชื่อ-นามสกุล.....
 อายุ.....ปี สัญชาติ..... บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....
 กรณีเป็นบุคคลต่างชาติ หนังสือเดินทาง เลขที่..... ใบอนุญาตทำงาน เลขที่.....
 ที่อยู่ เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....ช่องทางติดต่ออื่น ๆ.....

☐ กรณีนิติบุคคล ชื่อนิติบุคคล.....
 ทะเบียนนิติบุคคลเลขที่.....
 โดยมี (ชื่อ-นามสกุล)..... เป็นผู้ดำเนินกิจการแทนนิติบุคคล
 อายุ.....ปี สัญชาติ..... บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....
 กรณีเป็นบุคคลต่างชาติ หนังสือเดินทาง เลขที่..... ใบอนุญาตทำงาน เลขที่.....
 ที่อยู่ เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....ช่องทางติดต่ออื่น ๆ.....

๒. ขออนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๒๔ แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยมี
 (๑) สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์ชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....
 ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... เลขรหัสประจำบ้าน.....
ละติจูด ลองจิจูด
โทรศัพท์..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ช่องทางติดต่ออื่น ๆ.....

(๒) สถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์

- ☐ มีสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์ จำนวน.....แห่ง
☐ สถานที่เดียวกับสถานที่ขายข้างต้น
☐ สถานที่คนละแห่งกับสถานที่ขายข้างต้น

ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เลขรหัสประจำบ้าน.....
ละติจูด ลองจิจูด
โทรศัพท์..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ช่องทางติดต่ออื่น ๆ.....

(ถ้ามีสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์เพิ่มเติมจากนี้ ให้ระบุท้ายคำขอ)

(๓) ขอบข่ายเครื่องมือแพทย์ที่ขาย.....

.....
.....
.....

(๔) ผู้ควบคุมการขาย จำนวน คน ดังนี้

ชื่อ-นามสกุล..... คุณวุฒิ.....
บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....
กรณีเป็นบุคคลต่างชาติ หนังสือเดินทาง เลขที่..... ใบอนุญาตทำงาน เลขที่.....
โทรศัพท์..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ช่องทางติดต่ออื่น ๆ.....

(ถ้ามีผู้ควบคุมการขายเพิ่มเติมจากนี้ ให้ระบุท้ายคำขอ)

๓. ขอรับรองว่าผู้ขออนุญาตขายและผู้ดำเนินการมีคุณสมบัติตามมาตรา ๒๖ แห่งพระราชบัญญัติ
เครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑

๔. ได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

(๑) ในกรณีผู้ขออนุญาตขายเป็นบุคคลธรรมดา

- (ก) รูปถ่าย หน้าตรง ไม่สวมหมวก เห็นหน้าชัดเจน ซึ่งถ่ายมาแล้วไม่เกินหกเดือน
(ข) ใบรับรองแพทย์ซึ่งรับรองว่าผู้รับอนุญาตไม่เป็นโรคที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดตามมาตรา ๑๖ (๓)
แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑
(ค) สำเนาใบทะเบียนการค้าหรือใบทะเบียนพาณิชย์

- (ง) กรณีเป็นบุคคลต่างชาติ ให้แนบสำเนาหนังสือเดินทางและสำเนาใบอนุญาตทำงาน
- (๒) ในกรณีผู้ขออนุญาตขายเป็นนิติบุคคล
- (ก) หนังสือมอบอำนาจแต่งตั้งผู้ดำเนินการ
- (ข) เอกสารของผู้ดำเนินการ ได้แก่
- ๑) รูปถ่าย หน้าตรง ไม่สวมหมวก เห็นหน้าชัดเจน ซึ่งถ่ายมาแล้วไม่เกินหกเดือน
- ๒) ใบรับรองแพทย์ ซึ่งรับรองว่าผู้ดำเนินการไม่เป็นโรคที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด ตามมาตรา ๑๖ (๗) แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑
- ๓) กรณีเป็นบุคคลต่างชาติ ให้แนบสำเนาหนังสือเดินทางและสำเนาใบอนุญาตทำงาน
- (๓) แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานที่ขายเครื่องมือแพทย์และสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์ และสิ่งปลูกสร้างที่อยู่ในบริเวณใกล้เคียง
- (๔) แผนผังภายในบริเวณสถานที่ขายและสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์ที่ถูกต้องตามมาตรฐาน
- (๕) ภาพถ่ายแสดงรายละเอียดสถานที่ขายและสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์
- (๖) เอกสารของผู้ควบคุมการขายเครื่องมือแพทย์
- (ก) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน กรณีเป็นบุคคลต่างชาติ ให้แนบสำเนาหนังสือเดินทาง และสำเนาใบอนุญาตทำงาน
- (ข) สำเนาใบแสดงวุฒิการศึกษา
- (ค) สัญญาว่าจ้างระหว่างผู้ขออนุญาตหรือผู้มีอำนาจลงนาม และผู้ควบคุมการขาย
- (ง) เอกสารแสดงการเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุล (เฉพาะกรณีที่มีการเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุล)
- (๗) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

ลายมือชื่อ ผู้ขออนุญาตขายหรือผู้ดำเนินการ
()

หมายเหตุ: ให้ใส่เครื่องหมาย / ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ที่ติดรูปถ่าย
ผู้รับอนุญาตขาย



แบบ บ.ข.พ. ๑

ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

ใบอนุญาต ที่.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

โดยมี.....เป็นผู้ดำเนินการ

เพื่อแสดงว่าเป็นผู้ได้รับอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ ตามมาตรา ๒๔ แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑

ณ สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์ชื่อ

ตั้งอยู่เลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....

หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

สถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์ ตั้งอยู่เลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....

หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

โดยมีผู้ควบคุมการขายเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๖ (๗) ดังนี้.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. และให้ใช้เฉพาะสถานที่ที่ระบุไว้
ในใบอนุญาตนี้เท่านั้น

ออกให้ ณ วันที่..... เดือน พ.ศ.

(ลายมือชื่อ).....

ตำแหน่ง.....

ผู้อนุญาต

เลขที่รับ.....
วันที่.....

คำขอต่ออายุใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....(ชื่อบุคคลธรรมดา/นิติบุคคล)

ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ละติจูด ลองจิจูด

โทรศัพท์..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ช่องทางติดต่ออื่น ๆ.....

โดยมี เป็นผู้ดำเนินการแทนนิติบุคคล (กรณีเป็นนิติบุคคล)

ได้รับใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ เลขที่.....และสิ้นอายุวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอต่ออายุใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ดังกล่าว ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ.

ลายมือชื่อ ผู้รับอนุญาตขายหรือผู้ดำเนินการ

()

เลขที่รับ.....
วันที่.....

คำขอย้ายหรือเปลี่ยนแปลงสถานที่ขายหรือสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....(ชื่อบุคคลธรรมดา/นิติบุคคล)
ตามใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ เลขที่..... สิ้นอายุวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.

๑. สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เลขรหัสประจำบ้าน.....
ละติจูด ลองจิจูด
โทรศัพท์..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ช่องทางติดต่ออื่น ๆ.....

๒. มีความประสงค์

๒.๑ ☐ ขอย้าย

☐ สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์

ไปอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เลขรหัสประจำบ้าน.....
ละติจูด ลองจิจูด
โทรศัพท์..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ช่องทางติดต่ออื่น ๆ.....

☐ สถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์

เดิมจากเลขที่.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เลขรหัสประจำบ้าน.....
ละติจูด ลองจิจูด
โทรศัพท์..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ช่องทางติดต่ออื่น ๆ.....

ไปอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เลขรหัสประจำบ้าน.....

ละติจูด ลองจิจูด

โทรศัพท์..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ช่องทางติดต่ออื่น ๆ.....

๒.๒ ☐ ขอเปลี่ยนแปลงแผนผังภายในเลขที่ตั้งเดิม

☐ สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์

☐ สถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์

ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เลขรหัสประจำบ้าน.....

ละติจูด ลองจิจูด

โทรศัพท์..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ช่องทางติดต่ออื่น ๆ.....

(ถ้ามีสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์เพิ่มเติมจากนี้ ให้ระบุท้ายคำขอ)

๒.๓ ☐ ขอเพิ่มสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์ จำนวน แห่ง

ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เลขรหัสประจำบ้าน.....

ละติจูด ลองจิจูด

โทรศัพท์..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ช่องทางติดต่ออื่น ๆ.....

(ถ้ามีสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์เพิ่มเติมจากนี้ ให้ระบุท้ายคำขอ)

๓. ได้แนบเอกสารหลักฐานมาด้วย คือ

(๑) ☐ กรณีย้าย

ก. แผนที่แสดงที่ตั้งสถานที่ขาย หรือสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์แห่งใหม่ และสิ่งปลูกสร้างที่อยู่บริเวณใกล้เคียง

ข. แผนผังภายในบริเวณสถานที่ขาย หรือสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์แห่งใหม่ที่ต้องตามมาตราส่วน

ค. ภาพถ่ายแสดงรายละเอียดสถานที่ขาย หรือสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์แห่งใหม่

(๒) ☐ กรณีเปลี่ยนแปลงแผนผังภายในเลขที่ตั้งเดิม

ก. สรุปรายการแก้ไขเปลี่ยนแปลงแผนผังภายใน

- ข. แผนผังภายในบริเวณสถานที่ขาย หรือสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์ตามมาตราส่วน
ก่อนเปลี่ยนแปลง
 - ค. แผนผังภายในบริเวณสถานที่ขาย หรือสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์ตามมาตราส่วน
หลังเปลี่ยนแปลง
 - ง. ภาพถ่ายแสดงรายละเอียดสถานที่ขาย หรือสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์เฉพาะบริเวณ
ที่เปลี่ยนแปลง
- (๓) ☐ กรณีเพิ่มสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์
- ก. แผนที่แสดงที่ตั้งสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์แห่งใหม่ และสิ่งปลูกสร้างที่อยู่บริเวณ
ใกล้เคียง
 - ข. แผนผังภายในบริเวณสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์แห่งใหม่ที่ต้องตามมาตราส่วน
 - ค. ภาพถ่ายแสดงรายละเอียดสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์แห่งใหม่
- (๔) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

ลายมือชื่อ ผู้รับอนุญาตขายหรือผู้ดำเนินการ
()

หมายเหตุ: ให้ใส่เครื่องหมาย / ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

เลขที่รับ.....

วันที่.....

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....(ชื่อบุคคลธรรมดา/นิติบุคคล)
 ตามใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ เลขที่ สิ้นอายุวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.
 สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์ชื่อ.....
 ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....
 ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เลขรหัสประจำบ้าน.....
 ละติจูด ลองจิจูด
 โทรศัพท์..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ช่องทางติดต่ออื่น ๆ.....
 ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต ดังต่อไปนี้

๑. ☐ ขอเปลี่ยนแปลงผู้ดำเนินการ

จากเดิม ชื่อ-นามสกุล..... เป็น ชื่อ-นามสกุล.....

☐ บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....☐ กรณีเป็นบุคคลต่างชาติ ใบอนุญาตทำงานเลขที่.....

อายุ.....ปี สัญชาติ..... โทรศัพท์.....

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ช่องทางการติดต่ออื่น ๆ.....

๒. ☐ ขอเปลี่ยนแปลงคำนำหน้า / ชื่อตัว / ชื่อสกุลของผู้ดำเนินการ / ผู้รับอนุญาต (กรณีบุคคลธรรมดา) ที่เคยได้รับอนุญาต๒.๑ ☐ เปลี่ยนชื่อตัว จากเดิม เป็น๒.๒ ☐ เปลี่ยนนามสกุล จากเดิม เป็น๒.๓ ☐ เปลี่ยนคำนำหน้าชื่อ จากเดิม เป็น๓. ☐ ขอเปลี่ยนรูปถ่ายผู้ดำเนินการ / ผู้รับอนุญาต (กรณีบุคคลธรรมดา) ที่เคยได้รับอนุญาต๔. ☐ ขอเปลี่ยนแปลงคำนำหน้า / ชื่อตัว / ชื่อสกุลของผู้ควบคุมการขายเครื่องมือแพทย์ที่เคยได้รับอนุญาต คือ

ชื่อ - นามสกุล

๔.๑ ☐ เปลี่ยนชื่อตัว จากเดิม เป็น

- ๔.๒ ☐ เปลี่ยนนามสกุล จากเดิม เป็น
- ๔.๓ ☐ เปลี่ยนคำนำหน้าชื่อ จากเดิม เป็น
๕. ☐ ขอเปลี่ยนแปลงคุณสมบัติของผู้ควบคุมการขายเครื่องมือแพทย์ที่เคยได้รับอนุญาต คือ
- ชื่อ - นามสกุล
- จากเดิม เป็น
๖. ☐ ขอเพิ่มเติมผู้ควบคุมการขาย จำนวน คน ดังนี้
- ชื่อ-นามสกุล.....คุณสมบัติ
- ☐ บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....
- ☐ กรณีเป็นบุคคลต่างชาติ ใบอนุญาตทำงานเลขที่.....
- โทรศัพท์.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์
- ช่องทางการติดต่ออื่น ๆ.....
- (ถ้ามีผู้ควบคุมการขายเพิ่มเติมจากนี้ ให้ระบุท้ายคำขอ)
๗. ☐ ขอยกเลิกผู้ควบคุมการขาย ได้แก่ ชื่อ-นามสกุล.....
- (กรณียกเลิกผู้ควบคุมการขายแล้ว ต้องมีผู้ควบคุมการขายคงเหลืออย่างน้อย ๑ คน)
๘. ☐ ขอเปลี่ยนแปลงชื่อผู้รับอนุญาตขาย กรณีเปลี่ยนชื่อนิติบุคคล โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงสภาพนิติบุคคล จากเดิม ชื่อ.....
- เปลี่ยนแปลงเป็น ชื่อ.....
๙. ☐ ขอเปลี่ยนแปลงชื่อสถานที่ขายเครื่องมือแพทย์
- จากเดิม ชื่อ..... เป็น
๑๐. ☐ ขอเปลี่ยนแปลงหมายเลขโทรศัพท์
- ☐ สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์ ☐ สถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์
- จากเดิม เป็น
๑๑. ☐ ขอเปลี่ยนแปลงที่อยู่ในสถานที่ตั้งเดิม
- ☐ สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์ ☐ สถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์
- จากเดิม ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
- หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
- จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เลขรหัสประจำบ้าน.....
- ละติจูด ลองจิจูด
- โทรศัพท์.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ช่องทางการติดต่ออื่น ๆ.....
- เป็น ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เลขรหัสประจำบ้าน.....
ละติจูด ลองจิจูด
โทรศัพท์..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ช่องทางติดต่ออื่น ๆ.....

๑๒. ☐ ขอยกเลิกสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์ จำนวน แห่ง
ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เลขรหัสประจำบ้าน.....
ละติจูด ลองจิจูด
โทรศัพท์..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ช่องทางติดต่ออื่น ๆ.....
(ย้ายยกเลิกสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์เพิ่มเติมจากนี้ ให้ระบุท้ายคำขอ)

๑๓. ☐ แปรสภาพจากบริษัทจำกัดเป็นบริษัทมหาชนจำกัด
เดิมนิติบุคคลชื่อ
เดิมทะเบียนนิติบุคคลเลขที่.....ลงวันที่.....
เปลี่ยนเป็นนิติบุคคลชื่อ.....
เปลี่ยนเป็นทะเบียนนิติบุคคลเลขที่.....ลงวันที่.....

๑๔. ☐ กรณีอื่น ๆ
.....
.....
.....

พร้อมกับคำขอนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานมาด้วย คือ

๑. สำเนาใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์
๒. เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง

ลายมือชื่อ ผู้รับอนุญาตขายหรือผู้ดำเนินกิจการ
()

หมายเหตุ: ให้ใส่เครื่องหมาย / ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ