ประกาศกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง การให้แจ้งข้อเท็จจริงเกี่ยวกับวัตถุอันตรายชนิดที่ ๑ ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยารับผิดชอบ พ.ศ. ๒๕๖๒

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕ วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕ และมาตรา ๒๐ (๑) แห่งพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๑ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยความเห็นของคณะกรรมการวัตถุอันตรายออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การแจ้งข้อเท็จจริงเกี่ยวกับวัตถุอันตรายชนิดที่ ๑ ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยารับผิดชอบ พ.ศ. ๒๕๔๙ ลงวันที่ ๑๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๔๙

ข้อ ๒ ในประกาศนี้

“วัตถุอันตราย” หมายความว่า วัตถุอันตรายชนิดที่ ๑ ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยารับผิดชอบ ตามประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม เรื่อง บัญชีรายชื่อวัตถุอันตราย ออกตามความในมาตรา ๑๘ วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕

ข้อ ๓ ผู้ใดประสงค์จะผลิตหรือนำเข้าซึ่งวัตถุอันตราย ให้แจ้งข้อเท็จจริงเกี่ยวกับวัตถุอันตรายต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามแบบ วอ./สธ ๕ ท้ายประกาศนี้ พร้อมเอกสารและหลักฐานตามที่ระบุในแบบดังกล่าว

การแจ้งข้อเท็จจริงตามวรรคหนึ่ง ให้ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าแจ้งข้อเท็จจริงก่อนการผลิตหรือนำเข้าวัตถุอันตรายครั้งแรก

ข้อ ๔ กรณีข้อเท็จจริงตามข้อ ๓ เปลี่ยนแปลงไป ให้ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าแจ้งข้อเท็จจริงเพิ่มเติมภายในสามสิบวันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ การแจ้งข้อเท็จจริงที่เปลี่ยนแปลงให้แจ้งตามแบบ วอ./สธ ๑๖ ท้ายประกาศนี้ พร้อมเอกสารและหลักฐานตามที่ระบุในแบบดังกล่าว

หากข้อเท็จจริงที่เปลี่ยนแปลงตามวรรคหนึ่งเป็นเรื่องของชื่อทางการค้าที่ใช้ภายในประเทศ ชื่อและอัตราส่วนวัตถุอันตราย (สารสำคัญ) และลักษณะของวัตถุอันตราย ให้ดำเนินการแจ้งข้อเท็จจริงตามข้อ ๓

ข้อ ๕ การแจ้งข้อเท็จจริงตามข้อ ๓ และการแจ้งข้อเท็จจริงเพิ่มเติมตามข้อ ๔ ให้ยื่น ณ สถานที่ ดังต่อไปนี้

๕.๑ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในกรณีที่ผู้ประกอบการมีสถานที่ผลิตหรือสถานที่เก็บรักษาอยู่ในกรุงเทพมหานคร

๕.๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในกรณีที่ผู้ประกอบการมีสถานที่ผลิตหรือสถานที่เก็บรักษาในจังหวัดนั้น ๆ

การแจ้งตามวรรคหนึ่ง ให้แจ้งผ่านระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแทนก็ได้

ข้อ ๖ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๖ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๒
อนุทิน ชาญวีรกูล
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

(๒.๕ x ๒.๕ ซม.)
QR Code

เลขที่รับ.....
วันที่รับ.....

วอ./สธ ๕

ใบแจ้งข้อเท็จจริงเกี่ยวกับวัตถุอันตรายชนิดที่ ๑
ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยารับผิดชอบ

ข้าพเจ้า.....
(บุคคลธรรมดา หรือนิติบุคคล)
อายุ.....ปี สัญชาติ.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน/เลขทะเบียนนิติบุคคล.....
สถานที่ติดต่อผู้แจ้งข้อเท็จจริง ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
ขอแจ้งข้อเท็จจริงเกี่ยวกับวัตถุอันตรายชนิดที่ ๑ ตามพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม ดังนี้

๑. ประเภทการประกอบการ ☐ ผลิต ☐ นำเข้า
๒. ชื่อทางการค้าที่ใช้ภายในประเทศ.....
๓. ชื่อทางการค้าเฉพาะเพื่อการส่งออกไปต่างประเทศ.....
๔. ชื่อและอัตราส่วนของวัตถุอันตราย (สารสำคัญ).....
.....
.....
.....
.....
๕. ชื่อและอัตราส่วนของส่วนประกอบอื่นครบทุกรายการ.....
.....
๖. ประเภทของการใช้.....ลักษณะของวัตถุอันตราย.....
๗. ชื่อสถานที่(ผลิต/เก็บรักษา).....
ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
(ในกรณีที่มีสถานที่เก็บรักษา มากกว่า ๑ แห่ง ให้ระบุรายละเอียดเพิ่มเติมในหน้าที่ ๒)
๘. ชื่อสถานที่ผลิตต่างประเทศ (เฉพาะการนำเข้า).....ประเทศ.....
๙. ปริมาณการ(ผลิต/นำเข้า)ต่อปี.....กิโลกรัม/ลิตร/ตัน

(ลงชื่อ).....ผู้แจ้ง
(การระบุรายละเอียดให้พิมพ์หรือเขียนด้วยตัวบรรจง) (.....)

สำหรับพนักงานเจ้าหน้าที่

(สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....) ได้รับแจ้งข้อเท็จจริงเกี่ยวกับวัตถุอันตรายชนิดที่ ๑ ตามพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม
โดยออก**เลขที่รับแจ้ง**.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับแจ้ง
พนักงานเจ้าหน้าที่

หมายเหตุ การแจ้งข้อเท็จจริงเกี่ยวกับวัตถุอันตรายชนิดที่ ๑ นี้ ออกโดยใช้ระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

เลขที่รับ.....
วันที่รับ.....

สถานที่เก็บรักษาแห่งที่ ๒
ชื่อสถานที่เก็บรักษา.....
ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

(กรณีมีที่เก็บรักษามากกว่า ๒ แห่ง ระบุรายการเพิ่มเติมได้)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และวิธีการในการผลิต การนำเข้า การส่งออก และการมีไว้ในครอบครองเพื่อใช้รับจ้างซึ่งวัตถุอันตรายที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยารับผิดชอบ และประกาศกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับฉลากของวัตถุอันตรายที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยารับผิดชอบ

(ลงชื่อ).....ผู้แจ้ง
(.....)

เอกสารและหลักฐานเพื่อการแจ้งข้อเท็จจริงเกี่ยวกับวัตถุอันตรายชนิดที่ ๑
พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารและหลักฐานมาด้วย คือ

- ☐ หนังสือรับรองนิติบุคคล หรือบัตรประจำตัวประชาชน และใบทะเบียนพาณิชย์ (ถ้ามี) กรณีที่เป็นบุคคลธรรมดา
- ☐ หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมีการมอบอำนาจ)
- ☐ แผนที่แสดงที่ตั้ง หรือพิกัด GPS ของสถานประกอบการ

เลขที่รับ.....
วันที่รับ.....

วอ./สธ ๑๖

แบบแจ้งข้อเท็จจริงเพิ่มเติมเกี่ยวกับวัตถุอันตรายชนิดที่ ๑

ข้าพเจ้า.....

(บุคคลธรรมดา หรือนิติบุคคล)

อายุ.....ปี สัญชาติ.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน/เลขทะเบียนนิติบุคคล.....

สถานที่ติดต่อผู้แจ้งข้อเท็จจริง ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

เป็นผู้แจ้งข้อเท็จจริงเกี่ยวกับวัตถุอันตรายชนิดที่ ๑ ตามเลขที่รับแจ้ง.....

ประเภทการประกอบการ ☐ ผลิต ☐ นำเข้า

มีความประสงค์ขอแจ้งข้อเท็จจริงเพิ่มเติมในแบบ วอ./สธ ๕ เลขที่รับแจ้ง.....ซึ่งข้าพเจ้ามีหน้าที่ต้องแจ้งเพิ่มเติม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

☐ ๑. ชื่อ/สถานที่ติดต่อผู้แจ้งข้อเท็จจริง.....

.....

☐ ๒. ชื่อทางการค้าเฉพาะเพื่อการส่งออกไปต่างประเทศ.....

☐ ๓. ชื่อและอัตราส่วนขององค์ประกอบอื่น.....

.....

.....

.....

.....

.....

☐ ๔. ชื่อ/สถานที่(ผลิต/เก็บรักษา).....

.....

☐ ๕. ชื่อสถานที่ผลิตต่างประเทศ (เฉพาะการนำเข้า).....

☐ ๖. ปริมาณการ(ผลิต/นำเข้า)ต่อปี.....กิโลกรัม/ลิตร/ตัน

<u>เอกสารและหลักฐานเพื่อการแจ้งข้อเท็จจริงเพิ่มเติม</u>

พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารและหลักฐานมาด้วย คือ

☐ หนังสือรับรองนิติบุคคล หรือบัตรประจำตัวประชาชน และใบทะเบียนพาณิชย์ (ถ้ามี) กรณีที่เป็นบุคคลธรรมดา

☐ หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมีการมอบอำนาจ)

☐ เอกสารและหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการแจ้งข้อเท็จจริงเพิ่มเติมต่าง ๆ (ระบุ).....

.....

(ลงชื่อ).....ผู้แจ้ง

(การระบุรายละเอียดให้พิมพ์หรือเขียนด้วยตัวบรรจง) (.....)

สำหรับพนักงานเจ้าหน้าที่

(สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....) ได้รับแจ้งข้อเท็จจริงเพิ่มเติมในแบบ วอ./สธ ๕ **เลขที่รับแจ้ง**.....

ครั้งที่.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับแจ้ง

พนักงานเจ้าหน้าที่

หมายเหตุ การแจ้งข้อเท็จจริงเพิ่มเติมนี้ ออกโดยใช้ระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา