คู่มือสำหรับประชาชน. การยื่นขอให้ประทับตรารับรองหนังสือมอบอำนาจ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี, สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

กระทรวง: สาธารณสุข

---

1. **ประเภทของงานบริการ** กระบวนงานบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยงานเดียว
2. **หมวดหมู่ของงานบริการ** การจดทะเบียน
3. **กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง** พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2535
4. **กฎหมาย / ข้อกำหนด / ระเบียบที่ระบุระยะเวลาในการดำเนินการของงานบริการ** Click here to enter text.
   ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ Click here to enter text. **หน่วยเวลา** Choose an item.
5. **ช่องทางการให้บริการ**
   1) ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข 034-518106

   วันที่ให้บริการ
   ☒ ทุกวัน
   ☐ วันจันทร์ ☐ วันอังคาร ☐ วันพุธ ☐ วันพฤหัสบดี ☐ วันศุกร์
   ☐ วันเสาร์
   ☐ ไม่เว้นวันหยุดราชการ ☒ เว้นวันหยุดราชการ

   เวลาที่ให้บริการ
   เวลาเปิดรับคำขอ 09.00 ☐ ตลอด 24 ชั่วโมง
   เวลาปิดรับคำขอ 16.00
   เวลาพัก 12.00 **ถึง** 13.00
   ☐ ไม่มีช่วงเวลาพักเที่ยง

   หมายเหตุ: Click here to enter text.

6. **หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ**

การยื่นประทับตราหนังสือมอบอำนาจ จะทำเฉพาะกรณีเป็นผู้ประกอบการรายใหม่หรือหนังสือมอบอำนาจเดิมหมดอายุโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. กรอกแบบหนังสือมอบอำนาจ
2. ยื่นเอกสาร และรอผลการตรวจสอบเอกสาร
3. รอผลการพิจารณาจากเจ้าหน้าที่
   - กรณีไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน เจ้าหน้าที่จะเรียกพบและแจ้งข้อบกพร่อง เมื่อแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ให้ยื่นใหม่
   - กรณีถูกต้องให้รับเอกสารและหลักฐานที่ผ่านการรับรองคืน

หมายเหตุ หนังสือมอบอำนาจที่ประทับตราแล้วจะมีอายุ 1 ปี สำหรับการมายื่นขอจดแจ้งหรือติดต่อเกี่ยวกับเครื่องสำอาง

ข้อคิดเห็น**[OM1]:** ใส่ logo หน่วยงาน

ข้อคิดเห็น**[OM2]:** กรอกชื่องานบริการ / กระบวนงาน

ข้อคิดเห็น**[OM3]:** กรอกชื่อหน่วยงาน เรียงลำดับจาก กลุ่ม กอง กรม

ข้อคิดเห็น**[OM4]:** กรอกชื่อกระทรวง

ข้อคิดเห็น**[OM5]:** เลือกประเภทของงานบริการจากรายการ 4 ประเภท

ข้อคิดเห็น**[OM6]:** เลือกหมวดหมู่ของงานบริการเพียง 1 รายการ

ข้อคิดเห็น**[OM7]:** ระบุกฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาตของงานบริการ

ข้อคิดเห็น**[OM8]:** ระบุกฎหมายที่ระบุระยะเวลาในการดำเนินการของงานบริการ

ข้อคิดเห็น**[OM9]:** ระบุ "ค่า" ของระยะเวลาตามที่กฎหมายกำหนด (ไม่ใส่หน่วย)

ข้อคิดเห็น**[OM10]:** ระบุ "หน่วย" ของเวลา

ข้อคิดเห็น**[OM11]:** เลือกประเภทของช่องทางการให้บริการ

ข้อคิดเห็น**[OM12]:** กรอกรายละเอียดของช่องทางการให้บริการที่สัมพันธ์กับประเภทที่เลือกไว้ในช่องแรก เช่น ที่อยู่ ชื่อเว็บไซต์ หรือ ตู้ ปณ. เป็นต้น

ข้อคิดเห็น**[OM13]:** กรอกเบอร์โทรศัพท์

ข้อคิดเห็น**[OM14]:** เลือกวันที่เปิดรับคำขอ / ให้บริการ

ข้อคิดเห็น**[OM15]:** ระบุเวลาที่เริ่มเปิดรับคำขอ

ข้อคิดเห็น**[OM16]:** ระบุเวลาปิดรับคำขอ

ข้อคิดเห็น**[OM17]:** ระบุช่วงเวลาพักเที่ยง

ข้อคิดเห็น**[OM18]:** ระบุเงื่อนไขการยื่นคำขอที่มีความซับซ้อน เช่น เวลารับคำขอที่มีลักษณะผิดปกติ (ช่วงพีค) เป็นต้น

ข้อคิดเห็น**[OM19]:** กรอกหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ ที่หน่วยงานต้องการให้ผู้มายื่นคำขอรับทราบในเงื่อนไขต่าง ๆ เช่น กรณีมายื่นและเอกสารไม่ครบ การเริ่มนับวันรับคำขอ การยื่นเอกสารเป็นจำนวนมากต่อครั้ง เป็นต้น

ครั้งต่อไปสามารถนำเฉพาะสำเนาหนังสือมอบอำนาจแนบ โดยไม่ต้องแนบเอกสารเพิ่มเติม เช่นสำเนาบัตรประชาชนผู้มอบ/ผู้รับมอบ หรือหนังสือจดทะเบียนนิติบุคคล

7. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอน	ระยะเวลา	หน่วยเวลา	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1	การตรวจสอบเอกสาร	1.ตรวจสอบความถูกต้องของการกรอกข้อมูล 2. ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารประกอบ	30	นาที	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
2	การพิจารณาอนุญาต	กรอกข้อมูลผู้ประกอบการในโปรแกรมโลจิสติกส์	30	นาที	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
3	การแจ้งผลการพิจารณา	คืนหนังสือมอบอำนาจที่ผ่านการรับรองจากเจ้าหน้าที่แล้ว	30	นาที	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

ข้อคิดเห็น[OM20]: ระบุประเภทของขั้นตอนจากรายการ 5 ประเภท

ข้อคิดเห็น[OM21]: ระบุรายละเอียดของขั้นตอนในการดำเนินการ หลักเกณฑ์ในการระบุรายละเอียดของขั้นตอน ให้ระบุเฉพาะขั้นตอนที่เป็นสาระสำคัญที่ผู้รับคำขอควรทราบ

ข้อคิดเห็น[OM22]: ระบุ "ค่า" ระยะเวลาที่ใช้ในขั้นตอนนี้

ข้อคิดเห็น[OM23]: ระบุ "หน่วย" ของเวลา

ข้อคิดเห็น[OM24]: ระบุส่วนงานที่รับผิดชอบ (ระบุในระดับกลุ่ม หรือกอง) หรือหน่วยงานอื่นในกรณีที่เป็นงานบริการที่เชื่อมโยง จากหน่วยงานอื่น

ระยะเวลาดำเนินการรวม 90 **หน่วยเวลา** นาที

8. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้วหรือไม่

☒ ไม่ใช่

☐ ใช่ **ระยะเวลาหลังการลดขั้นตอน** Click here to enter text. **หน่วยของเวลา** Choose an item.

ข้อคิดเห็น[OM25]: ระบุ "ค่า" ของระยะเวลาดำเนินการรวม

ข้อคิดเห็น[OM26]: ระบุ "หน่วย" ของระยะเวลา

ข้อคิดเห็น[OM27]: ระบุว่า งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน / ระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้วหรือยังไม่ได้ดำเนินการ

ข้อคิดเห็น[OM28]: ระบุว่างานบริการนี้ผ่านการลดขั้นตอน หรือการทำ SLA มาก่อนหรือไม่

ข้อคิดเห็น[OM29]: ระบุ "หน่วย" ของเวลา

9. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

9.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	จำนวนตัวจริง	จำนวนสำเนา	เงื่อนไขการรับรองสำเนา
1	บัตรประจำตัวประชาชน	Click here to enter text.	1	เซ็นรับรองสำเนา และประทับตราบริษัท (ถ้ามี)
2	หนังสือรับรองนิติบุคคล	Click here to enter text.	1	ผู้มีอำนาจเซ็นรับรองสำเนา และประทับตราบริษัท (ถ้ามี)

ข้อคิดเห็น[OM30]: เลือกเอกสารยืนยันตัวตนจากรายการ

ข้อคิดเห็น[OM33]: ระบุเงื่อนไขการรับรองสำเนา เช่น เซ็นชื่อต่อหน้าเจ้าหน้าที่เท่านั้น เซ็นสดพร้อมประทับตรานิติบุคคล เซ็นต์ตรงหมายเลขหน้าเท่านั้น เป็นต้น

ข้อคิดเห็น[OM31]: ระบุจำนวนเอกสารตัวจริงที่ต้องใช้ หากต้องนำมาแสดงด้วยให้ใส่เป็น 1

ข้อคิดเห็น[OM32]: ระบุจำนวนสำเนาที่ต้องใช้

9.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	จำนวนตัวจริง	จำนวนสำเนา	เงื่อนไขการรับรองสำเนา	หน่วยงานผู้ออกเอกสาร
1	สำเนาทะเบียนบ้านสถานที่ผลิต/นำเข้า/ที่เก็บ	Click here to enter text.	1	ผู้มีอำนาจเซ็นรับรองสำเนา และประทับตราบริษัท (ถ้ามี)	
2	หนังสือมอบอำนาจ	1			
3	หนังสือจดทะเบียนพาณิชย์ หรือ	Click here to enter text.	1	ผู้มีอำนาจเซ็นรับรองสำเนา และประทับตราบริษัท (ถ้ามี)	
4	สำเนาการจัดตั้งกลุ่มบุคคล	Click here to enter text.	1	ผู้มีอำนาจเซ็นรับรองสำเนา และประทับตราบริษัท (ถ้ามี)	

10. ค่าธรรมเนียม

☒ ไม่มีค่าธรรมเนียม

☐ มีค่าธรรมเนียม Click here to enter text. บาท

☐ เงินสด Choose an item. โดยชำระที่ Choose an item.

☐ เช็คขีดคร่อม สั่งจ่าย Click here to enter text.

☐ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร Click here to enter text. เลขที่บัญชี Click here to enter text.

☐ บัตรเครดิต

อัตรา / เงื่อนไขค่าธรรมเนียม

Click here to enter text.

11. ช่องทางการร้องเรียน

1) หน่วยงานต้นสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี (กลุ่มงานนิติการ)

2) โทรศัพท์ 034-518106

3) Choose an item. Click here to enter text.

4) Choose an item. Click here to enter text.

5) Choose an item. Click here to enter text.

12. ตัวอย่างการกรอก คู่มือการกรอก และแบบฟอร์มคำขอ (หรือรายละเอียดเพิ่มเติม ถ้ามี)

หนังสือมอบอำนาจ 1 ชุด ระบุข้อความดังนี้

-เขียนที่ ให้ระบุชื่อสถานประกอบธุรกิจ

-วันที่ เดือน ปี ให้ระบุวันเดือนปีที่ มอบอำนาจ

ข้อคิดเห็น**[OM34]:** ระบุค่าธรรมเนียม (กรณีมีค่าธรรมเนียมอัตราเดียว)

ข้อคิดเห็น**[OM35]:** ระบุวิธีการชำระค่าธรรมเนียม

ข้อคิดเห็น**[OM36]:** ระบุค่าธรรมเนียม หากค่าธรรมเนียมคิดเป็นอัตรา

ข้อคิดเห็น**[OM37]:** เลือกประเภทของช่องทางการร้องเรียนจากรายการ

ข้อคิดเห็น**[OM38]:** ระบุรายละเอียดของช่องทางการร้องเรียน

ข้อคิดเห็น**[OM39]:** เตรียมไฟล์รายละเอียดเพิ่มเติม เช่น ตัวอย่างการกรอก คู่มือการกรอก และแบบฟอร์มคำขอ เป็นต้น

หรืออาจเตรียม URL เพื่อให้ดาวน์โหลด

-ข้าพเจ้า ให้ระบุชื่อบุคคลและชื่อสถานประกอบการในกรณีเป็นบุคคลธรรมดา หรือระบุชื่อนิติบุคคล กรณีเป็นนิติบุคคล

-ที่ตั้งสำนักงาน ให้ระบุสถานที่ตั้งตามที่ระบุไว้ในหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคลของกระทรวงพาณิชย์หรือตามใบทะเบียนพาณิชย์ หรือตามความเป็นจริง (แล้วแต่กรณี)

-โดยมี ให้ระบุชื่อและชื่อสกุลของบุคคล (กรณีเป็นบุคคลธรรมดา) หรือชื่อและชื่อสกุลของกรรมการให้ครบตามจำนวนของกรรมการที่มีอำนาจจัดการแทนนิติบุคคล ตามที่ระบุไว้ในหนังสือรับรองการจดทะเบียนฯ (กรณีเป็นนิติบุคคล) ซึ่งอาจจะมีมากกว่า 1 คนก็ได้

-ของกระทรวงพาณิชย์เลขที่...ลงวันที่... ให้ระบุตามความเป็นจริงที่ปรากฏอยู่ในหนังสือรับรองการจดทะเบียนฯ (กรณีเป็นนิติบุคคลเท่านั้น ส่วนบุคคลธรรมดามิต้องระบุ)

-ขอมอบอำนาจให้ ให้ระบุชื่อและชื่อสกุลที่ประสงค์จะมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินกิจการ

-และขอมอบให้ ให้ระบุชื่อและชื่อสกุลที่ประสงค์จะมอบอำนาจให้เป็นผู้มายื่นเรื่อง

-ทั้งนี้ตั้งแต่วันที่ ให้ระบุวันเดือนปีที่ประสงค์จะให้มีผลใช้บังคับ

- ถึงวันที่ ให้ระบุวันเดือนปีที่ประสงค์จะให้สิ้นสุดการมอบอำนาจ ทั้งนี้ไม่ควรเกิน 1 ปี

-ให้ผู้มอบอำนาจทุกคน ผู้รับมอบอำนาจทุกคน และพยาน 2 คน ลงลายมือชื่อในช่องที่กำหนดไว้ให้ และให้ระบุชื่อตนเองและชื่อสกุล ในวงเล็บที่กำหนดไว้ให้

- ติดอากรแสตมป์จำนวน 30 บาท ในหนังสือมอบอำนาจ

ตัวอย่างหนังสือมอบอำนาจ

ตัวอย่าง หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่ บริษัท สุขสำอาง จำกัด

วันที่ 5 เดือน มกราคม พ.ศ. 2552

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (ชื่อบุคคลธรรมดา หรือ ชื่อนิติบุคคล) บริษัท สุขสำอาง จำกัด
ตั้งอยู่เลขที่ 1 ตรอก/ซอย รพ. บำราศนราดูร ถนน สิวานนท์
หมู่ที่ - ตำบล/แขวง ตลาดขวัญ อำเภอ/เขต เมือง จังหวัด นนทบุรี
โดยมี นาย ประแสง ใจงาม และ นายระเด่น ดันไล
เป็นผู้มีอำนาจแทนในนามของบุคคล หรือจัดการแทนนิติบุคคล ปรากฏตามหนังสือรับรองการจดทะเบียนพาณิชย์และหรือ
ทะเบียนการค้า หรือหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคลของกระทรวงพาณิชย์เลขที่ 1234543211111
ลงวันที่ 12 ธันวาคม 2550 ขอมอบอำนาจให้ นายระเด่น ดันไล
เป็นผู้ดำเนินกิจการ และขอมอบอำนาจให้ นายระเด่น ดันไล
เป็นผู้มีอำนาจดำเนินการยื่นขอ ผลิต/นำเข้า เกี่ยวกับเครื่องสำอาง ตลอดจนดำเนินการแก้ไข ลัดทอนเอกสาร รับทราบคำสั่ง
ของทางราชการ และการกระทำอื่นใดที่เกี่ยวข้องจนเสร็จการ

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำภายในขอบเขตแห่งการมอบอำนาจนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบและมีผล
ผูกพันข้าพเจ้าทุกประการ หนังสือมอบอำนาจฉบับนี้เป็นการมอบอำนาจให้ดำเนินการตามที่ระบุไว้ข้างต้น ทั้งนี้
ตั้งแต่วันที่ 5 ม.ค. 2552 ถึงวันที่ 5 ม.ค. 2553

ลงชื่อ ประแสง ใจงาม ผู้มอบอำนาจ
(นาย ประแสง ใจงาม)

ลงชื่อ ระเด่น ดันไล ผู้มอบอำนาจ
(นาย ระเด่น ดันไล)

ลงชื่อ ระเด่น ดันไล ผู้รับมอบอำนาจ
(นาย ระเด่น ดันไล)

อากรแสตมป์
30 บาท

ลงชื่อ _____ ผู้รับมอบอำนาจ
(_____)

ลงชื่อ แก้วใส บริสุทธิ์ พยาน
(นางสาว แก้วใส บริสุทธิ์)

ลงชื่อ สมศักดิ์ รักวงศ์ พยาน
(นาย สมศักดิ์ รักวงศ์)

หมายเหตุ โปรดแนบหลักฐาน ดังนี้

1. สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ
2. สำเนาใบทะเบียนพาณิชย์และหรือทะเบียนการค้า (กรณีเป็นบุคคลธรรมดา)
3. สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล ฉบับล่าสุด (กรณีเป็นนิติบุคคล)

หนังสือมอบอำนาจมีระยะเวลาการใช้ 1 ปี นับแต่วันที่ได้รับมอบอำนาจ

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (ชื่อบุคคลธรรมดา หรือ ชื่อนิติบุคคล).....
.....
ตั้งอยู่เลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
หมู่ที่..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
โดยมี.....
เป็นผู้มีอำนาจแทนในนามของบุคคล หรือจัดการแทนนิติบุคคล ปรากฏตามหนังสือรับรองการจดทะเบียนพาณิชย์และหรือทะเบียนการค้า หรือหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคลของกระทรวงพาณิชย์เลขที่.....
ลงวันที่..... ขอมอบอำนาจให้.....
เป็นผู้ดำเนินกิจการ และขอมอบให้.....
เป็นผู้มาดำเนินการยื่นขอ ผลิต/นำเข้า เกี่ยวกับเครื่องสำอาง ตลอดจนดำเนินการแก้ไข ตัดทอนเอกสาร รับทราบคำสั่งของทางราชการ และการกระทำอื่นใดที่เกี่ยวข้องจนเสร็จการ

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำภายในขอบเขตแห่งการมอบอำนาจนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบและมีผลผูกพันข้าพเจ้าทุกประการ หนังสือมอบอำนาจฉบับนี้เป็นการมอบอำนาจให้ดำเนินการตามที่ระบุไว้ข้างต้น ทั้งนี้ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)
ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)
ลงชื่อ.....ผู้รับอำนาจ
(.....)
ลงชื่อ.....ผู้รับอำนาจ
(.....)
ลงชื่อ.....พยาน
(.....)
ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ โปรดแนบหลักฐาน ดังนี้

1. สำเนาบัตรประชาชน ของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ
2. สำเนาใบทะเบียนพาณิชย์และหรือทะเบียนการค้า (กรณีเป็นบุคคลธรรมดา)
3. สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล ฉบับล่าสุด (กรณีเป็นนิติบุคคล)

หนังสือมอบอำนาจมีระยะเวลาการใช้ 1 ปี นับแต่วันที่ได้รับมอบอำนาจ

13. จำนวนผู้ขอรับบริการโดยประมาณ

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 1 คำขอ / เดือน

จำนวนคำขอที่มากที่สุด 4 คำขอ / เดือน

จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0 คำขอ / เดือน

14. ประเภทของผู้รับบริการ ☒ **ประชาชน** ☒ **ภาคเอกชน**

15. ระดับการส่งผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ปานกลาง

16. ระดับการส่งผลกระทบด้านสังคม ปานกลาง