คู่มือสำหรับประชาชน: การขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบันทุกประเภท

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

กระทรวง: สาธารณสุข

---

1. **ประเภทของงานบริการ** กระบวนงานบริการที่เชื่อมโยงหลายหน่วยงาน
2. **หมวดหมู่ของงานบริการ** การออกใบอนุญาต / การอนุญาต
3. **กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง** พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 (หมวด 2 การขออนุญาตและออกใบอนุญาตเกี่ยวกับยาแผนปัจจุบัน),กฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2556, กฎกระทรวง ฉบับที่ 26 (พ.ศ. 2537) , ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง กำหนดแบบคำขอและใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน, ระเบียบสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ว่าด้วย หลักเกณฑ์การพิจารณาสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2557
4. **กฎหมาย / ข้อกำหนด / ระเบียบที่ระบุระยะเวลาในการดำเนินการของงานบริการ** ไม่มี
   ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ Click here to enter text. **หน่วยเวลา** Choose an item.
5. **ช่องทางการให้บริการ**
   1) ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน ศูนย์บริการครบวงจรด้านอาหารและยา กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค ฯ ชั้น 2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี โทรศัพท์ 034-518106 โทรสาร 034-518106

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

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

      หมายเหตุ: ระยะเวลาการชำระค่าธรรมเนียมกรณีมารับใบอนุญาต เปิดรับชำระค่าธรรมเนียม 09.00 น. – 15.00 น.

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

      วันที่ให้บริการ ☐ ทุกวัน
      ☐ วันจันทร์ ☐ วันอังคาร ☐ วันพุธ ☐ วันพฤหัสบดี ☐ วันศุกร์
      ☐ วันเสาร์

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]:** เลือกประเภทของช่องทางการให้บริการ

ข้อคิดเห็น**[OM20]:** กรอกรายละเอียดของช่องทางการให้บริการที่สัมพันธ์กับประเภทที่เลือกไว้ในช่องแรก เช่น ที่อยู่ ชื่อเว็บไซต์ หรือ ตู้ ปณ. เป็นต้น

ข้อคิดเห็น**[OM21]:** กรอกเบอร์โทรศัพท์

ข้อคิดเห็น**[OM22]:** เลือกวันที่เปิดรับคำขอ / ให้บริการ

☐ ไม่เว้นวันหยุดราชการ ☐ เว้นวันหยุดราชการ

เวลาที่ให้บริการ

เวลาเปิดรับคำขอ	Click here to enter text.	☐ ตลอด 24 ชั่วโมง
เวลาปิดรับคำขอ	Click here to enter text.	
เวลาพัก	Click here to enter text. **ถึง** Click here to enter text.	

☐ ไม่มีช่วงเวลาพักเที่ยง

หมายเหตุ: Click here to enter text.

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

วันที่ให้บริการ

☐ ทุกวัน

☐ วันจันทร์ ☐ วันอังคาร ☐ วันพุธ ☐ วันพฤหัสบดี ☐ วันศุกร์

☐ วันเสาร์

☐ ไม่เว้นวันหยุดราชการ ☐ เว้นวันหยุดราชการ

เวลาที่ให้บริการ

เวลาเปิดรับคำขอ	Click here to enter text.	☐ ตลอด 24 ชั่วโมง
เวลาปิดรับคำขอ	Click here to enter text.	
เวลาพัก	Click here to enter text. **ถึง** Click here to enter text.	

☐ ไม่มีช่วงเวลาพักเที่ยง

หมายเหตุ: Click here to enter text.

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

วันที่ให้บริการ

☐ ทุกวัน

☐ วันจันทร์ ☐ วันอังคาร ☐ วันพุธ ☐ วันพฤหัสบดี ☐ วันศุกร์

☐ วันเสาร์

☐ ไม่เว้นวันหยุดราชการ ☐ เว้นวันหยุดราชการ

เวลาที่ให้บริการ

เวลาเปิดรับคำขอ	Click here to enter text.	☐ ตลอด 24 ชั่วโมง
เวลาปิดรับคำขอ	Click here to enter text.	
เวลาพัก	Click here to enter text. **ถึง** Click here to enter text.	

☐ ไม่มีช่วงเวลาพักเที่ยง

หมายเหตุ: Click here to enter text.

6. **หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ**

ผู้ประสงค์จะยื่นคำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบันทุกประเภท กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี จะต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510, กฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2556, กฎกระทรวง ฉบับที่ 26 (พ.ศ. 2537) , ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง กำหนดแบบคำขอและใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน, ระเบียบสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ว่าด้วยหลักเกณฑ์การ

ข้อคิดเห็น**[OM23]:** ระบุเวลาที่เริ่มเปิดรับคำขอ

ข้อคิดเห็น**[OM24]:** ระบุเวลาปิดรับคำขอ

ข้อคิดเห็น**[OM25]:** ระบุช่วงเวลาพักเที่ยง

ข้อคิดเห็น**[OM26]:** ระบุเงื่อนไขการยื่นคำขอที่มีความซับซ้อน เช่น เวลารับคำขอที่มีลักษณะผิดปกติ (ช่วงพีค) เป็นต้น

ข้อคิดเห็น**[OM27]:** เลือกประเภทของช่องทางการให้บริการ

ข้อคิดเห็น**[OM28]:** กรอกรายละเอียดของช่องทางการให้บริการที่สัมพันธ์กับประเภทที่เลือกไว้ในช่องแรก เช่น ที่อยู่ ชื่อเว็บไซต์ หรือ ตู้ ปณ. เป็นต้น

ข้อคิดเห็น**[OM29]:** กรอกเบอร์โทรศัพท์

ข้อคิดเห็น**[OM30]:** เลือกวันที่เปิดรับคำขอ / ให้บริการ

ข้อคิดเห็น**[OM31]:** ระบุเวลาที่เริ่มเปิดรับคำขอ

ข้อคิดเห็น**[OM32]:** ระบุเวลาปิดรับคำขอ

ข้อคิดเห็น**[OM33]:** ระบุช่วงเวลาพักเที่ยง

ข้อคิดเห็น**[OM34]:** ระบุเงื่อนไขการยื่นคำขอที่มีความซับซ้อน เช่น เวลารับคำขอที่มีลักษณะผิดปกติ (ช่วงพีค) เป็นต้น

ข้อคิดเห็น**[OM35]:** เลือกประเภทของช่องทางการให้บริการ

ข้อคิดเห็น**[OM36]:** กรอกรายละเอียดของช่องทางการให้บริการที่สัมพันธ์กับประเภทที่เลือกไว้ในช่องแรก เช่น ที่อยู่ ชื่อเว็บไซต์ หรือ ตู้ ปณ. เป็นต้น

ข้อคิดเห็น**[OM37]:** กรอกเบอร์โทรศัพท์

ข้อคิดเห็น**[OM38]:** เลือกวันที่เปิดรับคำขอ / ให้บริการ

ข้อคิดเห็น**[OM39]:** ระบุเวลาที่เริ่มเปิดรับคำขอ

ข้อคิดเห็น**[OM40]:** ระบุเวลาปิดรับคำขอ

ข้อคิดเห็น**[OM41]:** ระบุช่วงเวลาพักเที่ยง

ข้อคิดเห็น**[OM42]:** ระบุเงื่อนไขการยื่นคำขอที่มีความซับซ้อน เช่น เวลารับคำขอที่มีลักษณะผิดปกติ (ช่วงพีค) เป็นต้น

ข้อคิดเห็น**[OM43]:** กรอกหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ ที่หน่วยงานต้องการให้ผู้มายื่นคำขอรับทราบในเงื่อนไขต่าง ๆ เช่น กรณีมายื่นและเอกสารไม่ครบ การเริ่มนับวันรับคำขอ การยื่นเอกสารเป็นจำนวนมากต่อครั้ง เป็นต้น

พิจารณาสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2557 ซึ่งรายละเอียดการจัดเตรียมเอกสารและกรอกข้อมูลในแบบฟอร์มต่าง ๆ ให้ศึกษาจากเวปไซด์ของสำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ผู้ประกอบการที่ประสงค์จะยื่นคำขอต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไข ดังนี้

1. ผู้ประกอบการจะต้องมีสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ตั้งอยู่ที่จังหวัดกาญจนบุรี
2. ผู้ประกอบการจะต้องมีคุณสมบัติตามกฎหมายกำหนดไว้
3. ผู้ยื่นคำขออนุญาตต้องเป็นเจ้าของกิจการ หรือผู้ได้รับมอบอำนาจ
4. ผู้ประกอบต้องจัดเตรียมเอกสารและกรอกข้อมูลในแบบฟอร์มที่กำหนดให้ครบถ้วน
5. ผู้ประกอบการที่ขาดคุณสมบัติตามกฎหมายกำหนดหรือยื่นเอกสารไม่ถูกต้องหรือขาดเอกสารหรือหลักฐานที่ได้กำหนดไว้หรือเพื่อประกอบการพิจารณาการอนุญาต ผู้ประกอบการต้องแก้ไข หรือ ส่งเอกสาร หรือ หลักฐานเพิ่มเติมภายใน 7 วันทำการ ซึ่งหากพ้นกำหนดระยะเวลา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรีจะคืนคำขอ ฯ ให้แก่ผู้ประกอบการและจะนับระยะเวลาเริ่มใหม่หลังจากผู้ประกอบการมีการแก้ไขหรือส่งเอกสารหรือหลักฐานเพิ่มเติมครบถ้วนแล้ว
6. หากผู้ประกอบการไม่สะดวกให้ตรวจสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันทุกประเภท ภายใน 3 วันนับถัดจากวันได้รับแจ้งการนัดหมายจากเจ้าหน้าที่ผู้ประกอบการสามารถเลือกวันนัดหมายได้ตามความสะดวก แต่ไม่เกิน 1 เดือนนับถัดจากวันได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่ ซึ่งหากพ้นกำหนดระยะเวลา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรีจะคืนคำขอ ฯ ให้แก่ผู้ประกอบการ โดยระยะเวลาระยะเวลาที่เกิน 3 วัน - 1 เดือน จะไม่นับรวมเป็นระยะเวลาในการอนุญาต

7. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอน	ระยะเวลา	หน่วยเวลา	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ประกอบการยื่นคำขอพร้อมลงลายมือชื่อไว้ในส่วนของผู้ยื่นคำขอ	Click here to enter text.	Choose an item.	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค ฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี
2	การตรวจสอบเอกสาร	เจ้าหน้าที่รับคำขอตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของคำขอและเอกสารประกอบคำขอ	60	นาที	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค ฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี
3	การตรวจสอบเอกสาร	เจ้าหน้าที่บันทึกการรับคำขอ	30	นาที	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค ฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

ข้อคิดเห็น[OM44]: ระบุประเภทของขั้นตอนจากรายการ 5 ประเภท

ข้อคิดเห็น[OM45]: ระบุรายละเอียดของขั้นตอนในการดำเนินการ หลักเกณฑ์ในการระบุรายละเอียดของขั้นตอน ให้ระบุเฉพาะขั้นตอนที่เป็นสาระสำคัญที่ผู้รับคำขอควรทราบ

ข้อคิดเห็น[OM46]: ระบุ "ค่า" ระยะเวลาที่ใช้ในขั้นตอนนี้

ข้อคิดเห็น[OM47]: ระบุ "หน่วย" ของเวลา

ข้อคิดเห็น[OM48]: ระบุส่วนงานที่รับผิดชอบ (ระบุในระดับกลุ่ม หรือกอง) หรือหน่วยงานอื่นในกรณีที่เป็นงานบริการที่เชื่อมโยง จากหน่วยงานอื่น

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอน	ระยะเวลา	หน่วยเวลา	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ
4	การพิจารณาอนุญาต	พิจารณารายละเอียดของคำขอ เอกสารประกอบคำขอ และข้อมูลผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	1	วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค ฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี
5	การแจ้งผลการพิจารณา	เจ้าหน้าที่แจ้งผลการพิจารณาการตรวจสอบคำขอ และนัดหมายตรวจสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน	1	วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค ฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี
6	การพิจารณาอนุญาต	พิจารณาตรวจสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน	3 (หลังจากได้รับแจ้งการนัดหมาย)	วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค ฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี
7	การแจ้งผลการพิจารณา	เจ้าหน้าที่พิจารณาแจ้งผลการตรวจสอบสถานที่	1	วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค ฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี
8	การพิจารณาอนุญาต	เจ้าหน้าที่พิจารณาจัดทำใบอนุญาต	2	วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค ฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี
10	การพิจารณาอนุญาต	เสนอลงนามผ่านเอกสารเพื่อลงนามอนุญาต	2	วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค ฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี
11	การลงนามอนุญาต	ผู้มีอำนาจลงนามอนุญาตหรือ ไม่อนุญาต	15	วันทำการ	ศาลากลางจังหวัดกาญจนบุรี
12	การพิจารณาอนุญาต	เจ้าหน้าที่แจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ยื่นคำขอรับทราบ	1	วันทำการ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค ฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

ข้อคิดเห็น[OM44]: ระบุประเภทของขั้นตอนจากรายการ 5 ประเภท

ข้อคิดเห็น[OM45]: ระบุรายละเอียดของขั้นตอนในการดำเนินการ หลักเกณฑ์ในการระบุรายละเอียดของขั้นตอน ให้ระบุเฉพาะขั้นตอนที่เป็นสาระสำคัญที่ผู้รับคำขอควรทราบ

ข้อคิดเห็น[OM46]: ระบุ "ค่า" ระยะเวลาที่ใช้ในขั้นตอนนี้

ข้อคิดเห็น[OM47]: ระบุ "หน่วย" ของเวลา

ข้อคิดเห็น[OM48]: ระบุส่วนงานที่รับผิดชอบ (ระบุในระดับกลุ่ม หรือกอง) หรือหน่วยงานอื่นในกรณีที่เป็นงานบริการที่เชื่อมโยง จากหน่วยงานอื่น

ระยะเวลาดำเนินการรวม 27 **หน่วยเวลา** วัน

8. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้วหรือไม่

☐ ไม่ใช่

ข้อคิดเห็น[OM49]: ระบุ "ค่า" ของระยะเวลาดำเนินการรวม

ข้อคิดเห็น[OM50]: ระบุ "หน่วย" ของระยะเวลา

ข้อคิดเห็น[OM51]: ระบุว่า งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน / ระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้วหรือยังไม่ได้ดำเนินการ

ข้อคิดเห็น[OM52]: ระบุว่างานบริการนี้ผ่านการลดขั้นตอน หรือการทำ SLA มาก่อนหรือไม่

☒ ใช่ **ระยะเวลาหลังการลดขั้นตอน 7 หน่วยของเวลา** วัน

ข้อคิดเห็น[OM53]: ระบุ "หน่วย" ของเวลา

9. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

9.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	จำนวนตัวจริง	จำนวนสำเนา	เงื่อนไขการรับรองสำเนา
1	บัตรประจำตัวประชาชน	Click here to enter text.	1 ฉบับ	รับรองสำเนาถูกต้อง (ของผู้ขออนุญาตกรณีบุคคลธรรมดา
2	ใบสำคัญเปลี่ยนชื่อ	Click here to enter text.	1 ฉบับ	รับรองสำเนาถูกต้อง (กรณีเปลี่ยนชื่อ)
3	หนังสือรับรองนิติบุคคล	Click here to enter text.	1 ชุด	พร้อมวัตถุประสงค์ รับรองสำเนาถูกต้องและประทับตรา (ถ้ามี) (กรณีนิติบุคคล)
4	บัตรประจำตัวประชาชน	Click here to enter text.	1 ฉบับ	รับรองสำเนาถูกต้อง(ของผู้มายื่นคำขอแทนที่ได้รับการมอบอำนาจ
5	บัตรประจำตัวประชาชน	Click here to enter text.	1 ฉบับ	รับรองสำเนาถูกต้อง (ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทุกคน)
6	บัตรประจำตัวประชาชน		1 ฉบับ	รับรองสำเนาถูกต้อง (ของผู้ให้เช่า หรือยินยอมให้ใช้สถานที่)
6	หนังสือเดินทาง	Click here to enter text.	1 ชุด	รับรองสำเนาถูกต้องพร้อมสำเนาหนังสือที่ขออนุญาตทำงาน ที่ออกโดยกระทรวงแรงงาน (กรณีชาวต่างชาติ)

ข้อคิดเห็น[OM54]: เลือกเอกสารยืนยันตัวตนจากรายการ

ข้อคิดเห็น[OM57]: ระบุเงื่อนไขการรับรองสำเนา เช่น เซ็นต์ชื่อต่อหน้าเจ้าหน้าที่เท่านั้น เซ็นต์สดพร้อมประทับตรานิติบุคคล เซ็นต์ตรงหมายเลขหน้าเท่านั้น เป็นต้น

ข้อคิดเห็น[OM55]: ระบุจำนวนเอกสารตัวจริงที่ต้องใช้ หากต้องนำมาแสดงด้วยให้ใส่เป็น **1**

ข้อคิดเห็น[OM56]: ระบุจำนวนสำเนาที่ต้องใช้

9.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	จำนวนตัวจริง	จำนวนสำเนา	เงื่อนไขการรับรองสำเนา	หน่วยงานผู้ออกเอกสาร
1	รูปถ่ายของผู้ขออนุญาต ขนาด 3x4 เซนติเมตร	3	Click here to enter text.		ผู้ขออนุญาต หรือ ผู้ดำเนินกิจการ
2	เอกสารแสดงการเป็นเจ้าของกิจการและหลักทรัพย์ เช่น สำเนาสมุดบัญชีที่มีการปรับสมุดล่าสุด จำนวนเงินตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป หรือ สำเนาฉโนดที่ดินที่ไม่ติดภาระผูกพัน (ชื่อผู้รับอนุญาต	Click here to enter text.	1 ชุด	รับรองสำเนาถูกต้องและประทับตรา (ถ้ามี)	ธนาคาร หรือ สำนักงานที่ดิน

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	จำนวนตัวจริง	จำนวนสำเนา	เงื่อนไขการรับรองสำเนา	หน่วยงานผู้ออกเอกสาร
	เท่านั้น)				
3	สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาต หรือผู้ดำเนินกิจการ	Click here to enter text.	1 ชุด	รับรองสำเนาถูกต้องและประทับตรา (ถ้ามี)	กรมการปกครอง
4	สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน - กรณีสำเนาทะเบียนบ้านไม่มีผู้อยู่อาศัย แนบสำเนาซื้อ-ขายสิ่งปลูกสร้าง หรือ สำเนาใบอนุญาตก่อสร้าง หรือ สำเนาเอกสารอ้างกรรมสิทธิ์ - กรณีสำเนาทะเบียนบ้านมีผู้อยู่อาศัย และเป็นสถานที่เช่าหรือยินยอมให้ใช้ (คนทำสัญญาเช่าหรือ ยินยอมให้ใช้ ต้องเป็นเจ้าบ้านเท่านั้น)		1 ชุด	รับรองสำเนาถูกต้องและประทับตรา (ถ้ามี)	กรมการปกครอง
5	สัญญาเช่า (กรณีเช่าสถานที่) หรือหนังสือยินยอม (กรณีนามสกุลเดียวกัน)	1 ชุด	1 ชุด	รับรองสำเนาถูกต้องและประทับตรา (ถ้ามี)	ผู้เช่า และ ผู้ให้เช่า
6	ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับรองว่าผู้ขออนุญาตไม่เป็นโรคตามมาตรา 14 (6) แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 (มีอายุไม่เกิน 1 เดือน)	1 ฉบับ	Click here to enter text.		ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
7	สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและเภสัชกร ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต	3 ชุด	Click here to enter text.		ผู้ขออนุญาต หรือ ผู้ดำเนินกิจการ
8	สำเนาหรือรูปถ่ายใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมของเภสัชกรทุกคน ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต	Click here to enter text.	1 ฉบับ	รับรองสำเนาถูกต้อง	ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	จำนวนตัวจริง	จำนวนสำเนา	เงื่อนไขการรับรองสำเนา	หน่วยงานผู้ออกเอกสาร
9	คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (ขย. 14)	1 ชุด	Click here to enter text.		ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
10	สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	Click here to enter text.	1 ชุด	รับรองสำเนาถูกต้อง	ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
11	คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน	1 ฉบับ	Click here to enter text.		-หน่วยงานที่ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทำงาน (กรณีทำงานประจำ) -ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (กรณีไม่ได้ทำงานประจำ)
12	คำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (ขย. 1) (กรณียื่นคำอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน)	1 ฉบับ	Click here to enter text.		ผู้ขออนุญาต หรือ ผู้ดำเนินกิจการ
13	คำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (ขย. 2) (กรณียื่นคำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จ ฯ)	1 ฉบับ	Click here to enter text.		ผู้ขออนุญาต หรือ ผู้ดำเนินกิจการ
14	คำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์ (ขย. 3) (กรณียื่นคำขอขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์	1 ฉบับ	Click here to enter text.		ผู้ขออนุญาต หรือ ผู้ดำเนินกิจการ
15	ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับรองว่าผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการไม่ เป็นโรคตามมาตรา 14 (6) แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 (มีอายุไม่เกิน 1 เดือน)	1 ฉบับ			ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
16	หนังสือมอบอำนาจมากระทำการแทนผู้ขออนุญาต ติดอากรแสตมป์ 30 บาท	1 ฉบับ			ผู้ขออนุญาต หรือ ผู้ดำเนินกิจการ

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	จำนวนตัวจริง	จำนวนสำเนา	เงื่อนไขการรับรองสำเนา	หน่วยงานผู้ออกเอกสาร
17	แผนที่ทางไปสถานที่ขออนุญาต	1 ฉบับ			ผู้ขออนุญาต หรือ ผู้ดำเนินกิจการ
18	แผนผังภายในสถานที่ขออนุญาต พร้อมระบุขนาดและมาตราส่วน	1 ฉบับ			ผู้ขออนุญาต หรือ ผู้ดำเนินกิจการ
19	รูปถ่ายตามแบบภายถ่าย ที่กำหนด แล้วแต่กรณี	1 ชุด			ผู้ขออนุญาต หรือ ผู้ดำเนินกิจการ

10. ค่าธรรมเนียม

☐ ไม่มีค่าธรรมเนียม

☒ มีค่าธรรมเนียม 2,000 (ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน) 1,000 (ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ และใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์ บาท

☒ เงินสด ณ วันที่รับใบอนุญาต โดยชำระที่ กลุ่มงานการเงิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี 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

ชำระหลังจากที่อนุญาตและได้รับใบอนุญาตแล้ว

11. ช่องทางการร้องเรียน

1) หน่วยงาน ณ จุดยื่นคำขอ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค ฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี
2) Choose an item. Click here to enter text.
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)

http://drug.fda.moph.go.th/

รายละเอียดเพิ่มเติม

ข้อคิดเห็น**[OM58]:** ระบุค่าธรรมเนียม (กรณีมีค่าธรรมเนียมอัตราเดียว)

ข้อคิดเห็น**[OM59]:** ระบุวิธีการชำระค่าธรรมเนียม

ข้อคิดเห็น**[OM60]:** ระบุค่าธรรมเนียม หากค่าธรรมเนียมคิดเป็นอัตรา

ข้อคิดเห็น**[OM61]:** เลือกประเภทของช่องทางการร้องเรียนจากรายการ

ข้อคิดเห็น**[OM62]:** ระบุรายละเอียดของช่องทางการร้องเรียน

ข้อคิดเห็น**[OM63]:** เตรียมไฟล์รายละเอียดเพิ่มเติม เช่น ตัวอย่างการกรอก คู่มือการกรอก และแบบฟอร์มคำขอ เป็นต้น

หรืออาจเตรียม URL เพื่อให้ดาวน์โหลด

13. จำนวนผู้ขอรับบริการโดยประมาณ

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 4 คำขอ / เดือน

จำนวนคำขอที่มากที่สุด 7 คำขอ / เดือน

จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 1 คำขอ / เดือน

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

15. ระดับการส่งผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ปานกลาง

16. ระดับการส่งผลกระทบด้านสังคม ปานกลาง