

ที่ปิดรูปถ่าย
ผู้รับใบอนุญาต
ขนาด ๓ x ๔ ซม.



ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

เฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ

ใบอนุญาตที่ _____/_____

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

โดยมี _____

เลขที่บัตรประชาชน _____ เป็นผู้ดำเนินการ เพื่อแสดง
ว่าเป็นผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ ณ สถานที่ขายยา ชื่อ _____
อยู่เลขที่ _____ ตรอก / ซอย _____ ถนน _____

หมู่ที่ _____ ตำบล / แขวง _____ อำเภอ / เขต _____

จังหวัด _____ โทรศัพท์ _____ โทรศัพท์มือถือ _____

โดยมี ☐ เกสัชกรชั้น _____ ชื่อ _____

เลขที่บัตรประชาชน _____ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

เภสัชกรรม

เลขที่ _____

☐ ผู้ประกอบวิชาชีพ _____ ชื่อ _____

เลขที่บัตรประชาชน _____ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ _____

เลขที่ _____

☐ ผู้ได้รับการอบรมตามมาตรา ๔๘ แห่งพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ ๓) พ.ศ.

๒๕๒๒

ชื่อ _____ เลขที่บัตรประชาชน _____

หนังสือรับรองเลขที่ _____

เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา ๔๑ แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

เวลาทำการ (เวลาปฏิบัติการ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ) _____

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. _____
และให้ใช้ได้เฉพาะสถานที่ขายยาที่ระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น
ให้ไว้ ณ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

(ลายมือชื่อ) _____

ตำแหน่ง _____

ผู้อนุญาต

การต่ออายุ ครั้งที่ ๑

การต่ออายุ ครั้งที่ ๓

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง
ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง
วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. _____
ธันวาคม พ.ศ. _____

(ลายมือชื่อ) _____

(ลายมือชื่อ) _____

ผู้อนุญาต

ผู้อนุญาต

ตำแหน่ง _____

ตำแหน่ง _____

_____/_____/_____
/_____

การต่ออายุ ครั้งที่ ๒

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง _____ ให้

วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. _____ วันที่ ๓๑

(ลายมือชื่อ)

ผู้อนุญาต

ตำแหน่ง _____

_____/_____/_____
_____/_____

รายการแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาต