

แบบบัญชี ๗	คำขอรับใบแทนใบอนุญาต ผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครอง ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะบัญชี	(สำหรับเจ้าหน้าที่)
		<input type="checkbox"/> กรณีใบอนุญาตฉบับเดิม ออกโดย จังหวัด..... ยื่นคำขอรับใบแทน ที่ สสจ. เลขรับที่..... วันที่รับ..... <input type="checkbox"/> กรณีใบอนุญาตฉบับเดิม ออกโดย อย. ยื่นคำขอรับใบแทน ที่ อย. เลขรับที่..... วันที่รับ.....

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลการขอรับใบแทนใบอนุญาต (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ของข้อที่เลือกและกรอกข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน)

ข้าพเจ้า (ชื่อผู้รับอนุญาต)

โดยมีผู้ดำเนินกิจการ คือ นาย/นาง/นางสาว.....
(ชื่ชข้อความที่ไม่ต้องการออก)

มีความประสงค์ขอรับใบแทนใบอนุญาต

(๑) ผลิตยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะบัญชี ตามใบอนุญาตเลขที่.....
เนื่องจาก สูญหาย ถูกทำลายหรือลบล้างในสาระสำคัญ

(๒) นำเข้ายาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะบัญชี ตามใบอนุญาตเลขที่.....
เนื่องจาก สูญหาย ถูกทำลายหรือลบล้างในสาระสำคัญ

(๓) ส่งออกยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะบัญชี ตามใบอนุญาตเลขที่.....
เนื่องจาก สูญหาย ถูกทำลายหรือลบล้างในสาระสำคัญ

(๔) จำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะบัญชี ตามใบอนุญาตเลขที่.....
เนื่องจาก สูญหาย ถูกทำลายหรือลบล้างในสาระสำคัญ

(๕) มีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะบัญชี ตามใบอนุญาตเลขที่.....
เนื่องจาก สูญหาย ถูกทำลายหรือลบล้างในสาระสำคัญ

ส่วนที่ ๒ หลักฐานและเอกสารประกอบการขอรับใบแทนใบอนุญาต (โปรดแนบเอกสารที่ตรงตามกรณีของท่านให้ถูกต้อง ครบถ้วน)

(๑) ใบแจ้งความ กรณีใบอนุญาตสูญหาย

(๒) ใบอนุญาตฉบับเดิม กรณีใบอนุญาตถูกทำลายหรือลบล้างในสาระสำคัญ

(๓) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี).....

ส่วนที่ ๓ การรับรองตนเองและการยินยอมการเปิดเผยข้อมูลของผู้ขออนุญาตหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินกิจการ

(๑) ข้อความข้างต้นที่แจ้งไว้ในคำขอนี้พร้อมทั้งหลักฐานและเอกสารประกอบการขอรับใบอนุญาตทุกฉบับเป็นความจริง ถูกต้องและครบถ้วน สมบูรณ์ทุกประการ หากภายหลังปรากฏว่าข้อมูลในคำขอนี้พร้อมทั้งเอกสารหลักฐานประกอบคำขอไม่ตรงกับความเป็นจริง ข้าพเจ้าถือเป็นความรับผิดชอบของข้าพเจ้าเองทั้งสิ้น

(๒) ข้าพเจ้าได้รับทราบ เข้าใจ และพร้อมที่จะปฏิบัติตามกฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะบัญชี (Hemp) พ.ศ. ๒๕๖๓ พร้อมทั้งแนวทางและหลักเกณฑ์ต่างๆ ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและคณะกรรมการกำหนดทุกประการ

ตราประทับ
นิติบุคคล
(ถ้ามี)

ลงชื่อ..... ผู้ขออนุญาต/ผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินกิจการ
(.....)
วันที่ เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ: - รับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ

