

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต

เกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ

ในประเภท 2

ในประเภท 5 (เฉพาะกัญชา)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

(ชื่อผู้รับอนุญาต)

ซึ่งมีผู้ดำเนินการชื่อ.....ได้รับอนุญาตให้.....

.....ตามใบอนุญาตที่.....

ณ สถานที่ชื่อ.....อยู่เลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....

ขอเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตดังต่อไปนี้

- เปลี่ยน.....จาก.....

เป็น.....

- เปลี่ยน.....จาก.....

เป็น.....

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

1. ต้นฉบับใบอนุญาตที่ต้องการแก้ไข

2. เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง

- กรณีเปลี่ยนแปลงชื่อสถานพยาบาล ได้แก่

2.1 สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

2.2 สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

2.3 รูปถ่ายคลินิก หรือ โรงพยาบาล จำนวน 2 รูป

- รูปที่ 1 แสดงลักษณะอาคาร

- รูปที่ 2 แสดงป้าย เลขที่ของสถานที่ตั้ง

- กรณีแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการอื่นๆ แนบเอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง

กรณีบุคคลธรรมดา

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

()

(ผู้ดำเนินการ)

กรณีนิติบุคคล

(ลายมือชื่อ).....กรรมการบริษัท

()

(ลายมือชื่อ).....กรรมการบริษัท

()

ผลการตรวจรับ

<p>ครั้งที่ 1</p> <p><input type="checkbox"/> กรณียื่นเอกสารด้วยตนเอง</p> <p><input type="checkbox"/> เอกสารครบถ้วน/ถูกต้อง รับคำขอและเอกสารไว้เพื่อดำเนินการต่อไป</p> <p><input type="checkbox"/> เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> ให้ยื่นเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมภายในระยะเวลา 5 วันทำการ นับจากวันที่ได้รับเรื่อง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ในการคืนคำขอ</p> <p><input type="checkbox"/> คืนเอกสารคำขอ แล้วให้นำมายื่นใหม่ภายหลัง พร้อมแก้ไขให้ถูกต้อง</p> <p>ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ ลงชื่อ.....</p> <p>รับทราบผลการตรวจเอกสาร วันที่...../...../.....</p> <p>ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ.....</p> <p>วันที่...../...../.....</p> <p><input type="checkbox"/> กรณีส่งทางไปรษณีย์</p> <p>ให้เจ้าหน้าที่แจ้งผู้ยื่นคำขอ โดยกำหนดส่งภายใน 20 วันทำการ นับจากวันที่แจ้ง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ในการคืนคำขอ</p> <p>() แจ้งทางโทรศัพท์ หมายเลข.....</p> <p>ผู้รับเรื่อง.....</p> <p>() แจ้งทางโทรสาร หมายเลข.....</p> <p>() แจ้งทางไปรษณีย์</p>	<p>ครั้งที่ 2</p> <p><input type="checkbox"/> เอกสารครบถ้วน</p> <p><input type="checkbox"/> เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง คืนเอกสารคำขอ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ.....</p> <p>วันที่...../...../.....</p>
--	--

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต เกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์หรือยาเสพติดให้โทษในประเภท 2

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... “ บริษัท / หจก. / มูลนิธิ / สมาคม ฯ ”

(ชื่อผู้รับอนุญาต)

ซึ่งมีผู้ดำเนินการชื่อ.. “ ชื่อผู้ดำเนินการเดิม ”ได้รับอนุญาตให้..... “ ชื่อใบอนุญาตฯ ”

.....ตามใบอนุญาตที่.. “ เลขที่ใบอนุญาต ”

ณ สถานที่ชื่อ..... “ ชื่อสถานพยาบาล / ชื่อสถานที่ ”อยู่เลขที่.....

ตรอก/ซอย..... ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....

ขอเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตดังต่อไปนี้

- เปลี่ยน.....จาก.....

เป็น.....

- เปลี่ยน.. “ ผู้ดำเนินการ ” จาก..... “ ชื่อผู้ดำเนินการเดิม ”

เป็น..... “ ชื่อผู้ดำเนินการใหม่ ”

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

1. ต้นฉบับใบอนุญาตที่ต้องการแก้ไข

2. เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง

- กรณีเปลี่ยนแปลงชื่อสถานพยาบาล ได้แก่

2.1 สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

2.2 สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

2.3 รูปถ่ายคลินิก หรือ โรงพยาบาล จำนวน 2 รูป

- รูปที่ 1 แสดงลักษณะอาคาร

- รูปที่ 2 แสดงป้าย เลขที่ของสถานที่ตั้ง

- กรณีแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการอื่นๆ แนบเอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง

กรณีบุคคลธรรมดา

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

()

(ผู้ดำเนินการ)

กรณีนิติบุคคล

(ลายมือชื่อ).....กรรมการผู้มีอำนาจฯ.....กรรมการบริษัท

(และประทับตราบริษัท)

(ลายมือชื่อ).....กรรมการผู้มีอำนาจฯ.....กรรมการบริษัท

(และประทับตราบริษัท)

ผลการตรวจรับ

<p>ครั้งที่ 1</p> <p><input type="checkbox"/> กรณียื่นเอกสารด้วยตนเอง</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> เอกสารครบถ้วน/ถูกต้อง รับคำขอและเอกสารไว้เพื่อดำเนินการต่อไป<input type="checkbox"/> เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> ให้ยื่นเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมภายในระยะเวลา 5 วันทำการ นับจากวันที่ได้รับเรื่อง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ในการคืนคำขอ</p> <p><input type="checkbox"/> คืนเอกสารคำขอ แล้วให้นำมายื่นใหม่ภายหลัง พร้อมแก้ไขให้ถูกต้อง</p> <p>ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ ลงชื่อ..... รับทราบผลการตรวจเอกสาร วันที่...../...../.....</p> <p>ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ..... วันที่...../...../.....</p> <p><input type="checkbox"/> กรณีส่งทางไปรษณีย์</p> <p>ให้เจ้าหน้าที่แจ้งผู้ยื่นคำขอ โดยกำหนดส่งภายใน 20 วันทำการ นับจากวันที่แจ้ง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ในการคืนคำขอ</p> <ul style="list-style-type: none">() แจ้งทางโทรศัพท์ หมายเลข..... ผู้รับเรื่อง.....() แจ้งทางโทรสาร หมายเลข.....() แจ้งทางไปรษณีย์	<p>ครั้งที่ 2</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> เอกสารครบถ้วน<input type="checkbox"/> เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง คืนเอกสารคำขอ <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ..... วันที่...../...../.....</p>
--	---

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต เกี่ยวกับวัตถุประสงค์หรือยาเสพติดให้โทษในประเภท 2

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... “ กสทสง / ทวง / กสม ฯ ”

(ชื่อผู้รับอนุญาต)

ซึ่งมีผู้ดำเนินการชื่อ “ ชื่อผู้ดำเนินการเดิม ”ได้รับอนุญาตให้..... “ ชื่อใบอนุญาต ฯ ”ตามใบอนุญาตที่ “ เลขที่ใบอนุญาต ”ณ สถานที่ชื่อ..... “ ชื่อสถานที่ / โรงพยาบาล ”อยู่เลขที่.....

ตรอก/ซอย..... ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....

ขอเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตดังต่อไปนี้

- เปลี่ยน.....จาก.....

เป็น.....

- เปลี่ยน “ ผู้ดำเนินการ ” จาก..... “ ชื่อผู้ดำเนินการเดิม ”เป็น..... “ ชื่อผู้ดำเนินการใหม่ ”

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

1. ต้นฉบับใบอนุญาตที่ต้องการแก้ไข

2. เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง

- กรณีเปลี่ยนแปลงชื่อสถานพยาบาล ได้แก่

2.1 สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

2.2 สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

2.3 รูปถ่ายคลินิก หรือ โรงพยาบาล จำนวน 2 รูป

- รูปที่ 1 แสดงลักษณะอาคาร

- รูปที่ 2 แสดงป้าย เลขที่ของสถานที่ตั้ง

- กรณีแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการอื่นๆ แนบเอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง

กรณีบุคคลธรรมดา

(ลายมือชื่อ “ ผู้ดำเนินการใหม่ ” ยื่นคำขอ

()

(ผู้ดำเนินการ)

กรณีนิติบุคคล

(ลายมือชื่อ).....กรรมการบริษัท

()

(ลายมือชื่อ).....กรรมการบริษัท

()

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต เกี่ยวกับวัตถุประสงค์หรือยาเสพติดให้โทษในประเภท 2

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....สำนักงานตำรวจแห่งชาติ.....

(ชื่อผู้รับอนุญาต)

ซึ่งมีผู้ดำเนินการชื่อ.....ชื่อผู้ดำเนินการเดิม.....ได้รับอนุญาตให้.....ชื่อใบอนุญาตฯ..........ตามใบอนุญาตที่.....เลขที่ใบอนุญาตฯ.....ณ สถานที่ชื่อ.....พิสูจน์หลักฐานจังหวัดฯ.....อยู่เลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....

ขอเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตดังต่อไปนี้

- เปลี่ยน.....จาก.....

เป็น.....

- เปลี่ยน.....ผู้ดำเนินการ.....จาก.....ชื่อผู้ดำเนินการเดิม.....เป็น.....ชื่อผู้ดำเนินการใหม่.....

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

1. ต้นฉบับใบอนุญาตที่ต้องการแก้ไข

2. เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง

- กรณีเปลี่ยนแปลงชื่อสถานพยาบาล ได้แก่

2.1 สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

2.2 สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

2.3 รูปถ่ายคลินิก หรือ โรงพยาบาล จำนวน 2 รูป

- รูปที่ 1 แสดงลักษณะอาคาร

- รูปที่ 2 แสดงป้าย เลขที่ของสถานที่ตั้ง

- กรณีแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการอื่นๆ แนบเอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง

กรณีบุคคลธรรมดา

(ลายมือชื่อ)...ผู้ดำเนินการใหม่...ผู้ยื่นคำขอ

()

(ผู้ดำเนินการ)

กรณีนิติบุคคล

(ลายมือชื่อ).....กรรมการบริษัท

()

(ลายมือชื่อ).....กรรมการบริษัท

()

ผลการตรวจรับ

<p>ครั้งที่ 1</p> <p><input type="checkbox"/> กรณียื่นเอกสารด้วยตนเอง</p> <p><input type="checkbox"/> เอกสารครบถ้วน/ถูกต้อง รับคำขอและเอกสารไว้เพื่อดำเนินการต่อไป</p> <p><input type="checkbox"/> เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> ให้ยื่นเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมภายในระยะเวลา 5 วันทำการ นับจากวันที่ได้รับเรื่อง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ในการคืนคำขอ</p> <p><input type="checkbox"/> คืนเอกสารคำขอ แล้วให้นำมายื่นใหม่ภายหลัง พร้อมแก้ไขให้ถูกต้อง</p> <p>ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ ลงชื่อ..... รับทราบผลการตรวจเอกสาร วันที่...../...../.....</p> <p>ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ..... วันที่...../...../.....</p> <p><input type="checkbox"/> กรณีส่งทางไปรษณีย์</p> <p>ให้เจ้าหน้าที่แจ้งผู้ยื่นคำขอ โดยกำหนดส่งภายใน 20 วันทำการ นับจากวันที่แจ้ง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ในการคืนคำขอ</p> <p>() แจ้งทางโทรศัพท์ หมายเลข..... ผู้รับเรื่อง.....</p> <p>() แจ้งทางโทรสาร หมายเลข.....</p> <p>() แจ้งทางไปรษณีย์</p>	<p>ครั้งที่ 2</p> <p><input type="checkbox"/> เอกสารครบถ้วน</p> <p><input type="checkbox"/> เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง คืนเอกสารคำขอ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ..... วันที่...../...../.....</p>
---	---

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต เกี่ยวกับวัตถุประสงค์หรือยาเสพติดให้โทษในประเภท 2

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....**สำนักงานตำรวจแห่งชาติ**.....

(ชื่อผู้รับอนุญาต)

ซึ่งมีผู้ดำเนินการชื่อ.....**ชื่อผู้ดำเนินการ**.....ได้รับอนุญาตให้.....**ชื่อใบอนุญาต**..........ตามใบอนุญาตที่.....**เลขที่ใบอนุญาต**.....ณ สถานที่ชื่อ.....**พิสูจน์หลักฐานจังหวัด**.....อยู่เลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....

ขอเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตดังต่อไปนี้

- เปลี่ยน.....จาก.....

เป็น.....

- เปลี่ยน.....**กสส-บุษย์**.....จาก.....**พ.ต.ต.**.....เป็น.....**พ.ต.ท.**.....

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

- ต้นฉบับใบอนุญาตที่ต้องการแก้ไข
- เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง
 - กรณีเปลี่ยนแปลงชื่อสถานพยาบาล ได้แก่
 - สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
 - สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
 - รูปถ่ายคลินิก หรือ โรงพยาบาล จำนวน 2 รูป
 - รูปที่ 1 แสดงลักษณะอาคาร
 - รูปที่ 2 แสดงป้าย เลขที่ของสถานที่ตั้ง
 - กรณีแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการอื่นๆ แนบเอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง

กรณีบุคคลธรรมดา

(ลายมือชื่อ).....**ผู้ดำเนินการ**.....ผู้ยื่นคำขอ

()

(ผู้ดำเนินการ)

กรณีนิติบุคคล

(ลายมือชื่อ).....กรรมการบริษัท

()

(ลายมือชื่อ).....กรรมการบริษัท

()

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต เกี่ยวกับวัตถุประสงค์หรือยาเสพติดให้โทษในประเภท 2

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์.....

(ชื่อผู้รับอนุญาต)

ซึ่งมีผู้ดำเนินการชื่อ.....ชื่อผู้ดำเนินการ.....ได้รับอนุญาตให้.....ชื่อใบอนุญาตฯ..........ตามใบอนุญาตที่.....เลขที่ใบอนุญาตฯ.....ณ สถานที่ชื่อ.....ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์.....อยู่เลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....

ขอเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตดังต่อไปนี้

- เปลี่ยน.....ชื่อสถานที่.....จาก.....ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์.....เป็น.....ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์.....

- เปลี่ยน.....จาก.....

เป็น.....

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

1. ต้นฉบับใบอนุญาตที่ต้องการแก้ไข

2. เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง

- กรณีเปลี่ยนแปลงชื่อสถานพยาบาล ได้แก่

2.1 สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

2.2 สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

2.3 รูปถ่ายคลินิก หรือ โรงพยาบาล จำนวน 2 รูป

- รูปที่ 1 แสดงลักษณะอาคาร

- รูปที่ 2 แสดงป้าย เลขที่ของสถานที่ตั้ง

- กรณีแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการอื่นๆ แนบเอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง

กรณีบุคคลธรรมดา

(ลายมือชื่อ).....ผู้ดำเนินการ.....ผู้ยื่นคำขอ

()

(ผู้ดำเนินการ)

กรณีนิติบุคคล

(ลายมือชื่อ).....กรรมการบริษัท

()

(ลายมือชื่อ).....กรรมการบริษัท

()

ผลการตรวจรับ

<p>ครั้งที่ 1</p> <p><input type="checkbox"/> กรณียื่นเอกสารด้วยตนเอง</p> <p><input type="checkbox"/> เอกสารครบถ้วน/ถูกต้อง รับคำขอและเอกสารไว้เพื่อดำเนินการต่อไป</p> <p><input type="checkbox"/> เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> ให้ยื่นเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมภายในระยะเวลา 5 วันทำการ นับจากวันที่ได้รับเรื่อง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ในการคืนคำขอ</p> <p><input type="checkbox"/> คืนเอกสารคำขอ แล้วให้นำมายื่นใหม่ภายหลัง พร้อมแก้ไขให้ถูกต้อง</p> <p>ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ ลงชื่อ..... รับทราบผลการตรวจเอกสาร วันที่...../...../.....</p> <p>ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ..... วันที่...../...../.....</p> <p><input type="checkbox"/> กรณีส่งทางไปรษณีย์</p> <p>ให้เจ้าหน้าที่แจ้งผู้ยื่นคำขอ โดยกำหนดส่งภายใน 20 วันทำการ นับจากวันที่แจ้ง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ในการคืนคำขอ</p> <p>() แจ้งทางโทรศัพท์ หมายเลข..... ผู้รับเรื่อง.....</p> <p>() แจ้งทางโทรสาร หมายเลข.....</p> <p>() แจ้งทางไปรษณีย์</p>	<p>ครั้งที่ 2</p> <p><input type="checkbox"/> เอกสารครบถ้วน</p> <p><input type="checkbox"/> เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง คืนเอกสารคำขอ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ..... วันที่...../...../.....</p>
---	---

หนังสือมอบอำนาจ
ให้ผู้ยื่นมายื่นและรับเอกสารเกี่ยวกับ ใบอนุญาต ฯ วัตถุประสงค์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เป็นผู้ดำเนินการ
ในสถานที่ประกอบการชื่อ.....ตั้งอยู่เลขที่.....
ซอย/ตรอก.....ถนน.....หมู่ที่.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....อายุ.....ปี
อยู่เลขที่.....ซอย/ตรอก.....หมู่ที่.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....บัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการ
เลขที่.....

เป็นผู้ดำเนินการแทนเกี่ยวกับการ ขอรับใบอนุญาต.....

แก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต.....

ต่ออายุใบอนุญาต.....

อื่น ๆ (ระบุ).....

โดยเป็นผู้ยื่น / รับเอกสาร ตลอดถึงการแก้ไขเอกสาร ที่กองควบคุมวัตถุประสงค์ สำนักงานคณะกรรมการ
อาหารและยา แทนข้าพเจ้า ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

1. สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ ของข้าพเจ้าที่รับรองเอกสารแล้ว
2. สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ ของผู้รับมอบอำนาจที่รับรองเอกสารแล้ว

การใดที่ นาย / นาง / นางสาว.....ได้กระทำไปให้ถือเสมือน

เป็นการกระทำของข้าพเจ้า และข้าพเจ้าขอรับผิดชอบทุกประการ

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

คิดอากร 30.- บาท
ประทับตราบริษัทฯ (ถ้ามี)

กรุณากรอรายละเอียดให้ครบถ้วน : ถ้าส่งเอกสารทางไปรษณีย์ไม่ต้องใช้หนังสือมอบอำนาจ