

## คู่มือสำหรับประชาชน: การขออนุญาตขายส่งยาแผนปัจจุบัน

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

---

- ชื่อกระบวนการ: การขออนุญาตขายส่งยาแผนปัจจุบัน
- หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา
- ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
- หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
- กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
  - กฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันพ.ศ.2556
  - กฎกระทรวงฉบับที่ 26 (พ.ศ.2537) ออกตามความในพระราชบัญญัติยาพ.ศ.2510
  - ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 2 (พ.ศ.2522) เรื่องระบุนโรคที่ต้องห้ามเป็นผู้รับอนุญาตเกี่ยวกับยา
  - พ.ร.บ.การประกอบธุรกิจของคนต่างด้าวพ.ศ.2542
  - พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พ.ศ.2551
  - พ.ร.บ.ยาพ.ศ.2510 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม
  - พ.ร.บ.วิชาชีพเภสัชกรรมพ.ศ.2537 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม
- ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
- พื้นที่ให้บริการ: จังหวัดพังงา
- กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเรื่องกำหนดระยะเวลาปฏิบัติราชการเพื่อบริการประชาชนพ.ศ.2557  
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 10 วันทำการ
- ข้อมูลสถิติ  
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0  
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0

## จำนวนคำขอน้อยที่สุด 0

10. ชื่ออ้างอิงของกลุ่มประชาชน การขออนุญาตขายส่งยาแผนปัจจุบัน

11. ช่องทางการให้บริการ

- 1) **สถานที่ให้บริการ** ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน

**ระยะเวลาเปิดให้บริการ** เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)

12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

- ผู้ประสงค์ยื่นคำขอต้องจัดเตรียมสถานที่และปฏิบัติให้สอดคล้องตามกฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันพ.ศ.2556 และ (ร่าง)ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการกำหนดเกี่ยวกับสถานที่อุปกรณ์และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายส่งยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยาพ.ศ.....และผ่านการตรวจสอบสถานที่และเภสัชกรที่จะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องมาแสดงตนต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ในวันที่ยื่นคำขอ

- อายุของผู้ขออนุญาต/ผู้ดำเนินกิจการต้องไม่ต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์และต้องมีบุคคลต่างดาวเว้นแต่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการได้ตามกฎหมาย

- สำหรับคนต่างดาวต้องได้รับใบอนุญาตสำหรับธุรกิจบัญชีสาม(14) และ(15) หรือหนังสือรับรองตามมาตรา 11 หรือมาตรา12 แห่งพระราชบัญญัติการประกอบธุรกิจของคนต่างดาวพ.ศ.2542 โดยแสดงใบอนุญาตสำหรับธุรกิจบัญชีสามหรือหนังสือรับรองตามมาตรา 11 หรือมาตรา 12 แห่งพ.ร.บ.การประกอบธุรกิจของคนต่างดาวพ.ศ.2542 เพื่อเป็นหลักฐาน

- ใบอนุญาตสิ้นอายุ 31ธันวาคมของปีที่ออกใบอนุญาต

**หมายเหตุ**

1) ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วนและ/หรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติมโดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึกมีเช่นนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

2) ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้วและแจ้งผลการพิจารณาภายใน 7 วันนับแต่วันพิจารณาแล้วเสร็จ

3) ให้ตรวจสอบเอกสารสำหรับยื่นคำขอฯตามแบบตรวจสอบคำขอฯ (Self Assessment Report) ให้ครบถ้วนถูกต้องในทุกรายการและลงนามรับรอง

4) ผู้ดำเนินกิจการหรือผู้รับมอบอำนาจที่มายื่นคำขอฯต้องสามารถให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับคำขอฯได้อย่างถูกต้องครบถ้วนและมีอำนาจตัดสินใจและลงนามรับทราบข้อบกพร่องได้ (กรณีไม่ใช่ผู้ดำเนินกิจการหรือกรรมการผู้มีอำนาจ

ของนิติบุคคลให้มีหนังสือมอบอำนาจให้มีอำนาจดำเนินการแทนแนบด้วย)

### 13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้รับอนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจยื่นเอกสารที่ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จและตรวจเอกสารตาม Checklist และ Self Assessment Report	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา	(ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ )
2)	การพิจารณา	เจ้าหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลประวัติเงื่อนไขและคุณสมบัติที่กฎหมายกำหนดลงข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์และจัดทำร่างใบอนุญาตพร้อมเอกสารที่เกี่ยวข้องเสนอหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข พิจารณา	6 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา	-
3)	การพิจารณา	จัดทำใบอนุญาตฉบับจริงเพื่อเสนอลงนาม	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา	-
4)	การลงนาม/ คณะกรรมการมีมติ	เสนอผู้อนุญาตลงนาม	1 วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา	-
5)	-	ลงผลการพิจารณาในระบบ	1 วันทำการ	สำนักงาน	-

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
		คอมพิวเตอร์แจ้งผลการพิจารณาและแจ้งชำระค่าธรรมเนียม		สาธารณสุขจังหวัดพังงา	

ระยะเวลาดำเนินการรวม 10 วันทำการ

#### 14. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอนและระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว 10 วันทำการ

#### 15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

##### 15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวประชาชน	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ของผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการพิจารณาในเอกสารตามแต่ละกรณีดังต่อไปนี้ -ผู้ขอรับอนุญาต (กรณีบุคคลธรรมดา) -ผู้รับการแต่งตั้งจากนิติบุคคลให้เป็นผู้ดำเนินกิจการ (กรณีนิติบุคคล) -ผู้มีอำนาจลงนามของนิติบุคคลที่เป็นผู้ลงนาม

ที่	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
						<p>แต่งตั้งผู้ดำเนิน กิจการ(กรณีนิติ บุคคล) -ผู้รับมอบอำนาจ ให้ดำเนินการแทน (กรณีที่ทำหนังสือ มอบอำนาจให้ทำ การแทน) -ผู้มอบอำนาจให้ ดำเนินการแทน (กรณีที่ทำหนังสือ มอบอำนาจให้ทำ การแทน) -ผู้ยินยอมให้ใช้ สถานที่ฯหรือผู้ให้ เช่าสถานที่ฯ (แล้วแต่กรณี) -ผู้มีหน้าที่ ปฏิบัติการ กรณีผู้ดำเนิน กิจการเป็นบุคคล ต่างด้าวให้ใช้ หลักฐานดังนี้แทน ๑สำเนาหนังสือ เดินทาง (passport) พร้อม รับรองสำเนา ถูกต้อง ๒สำเนาหนังสือ</p>

ที่	รายการเอกสาร ยื่นยื่นตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
						ขออนุญาตทำงาน ที่ออกโดย กระทรวงแรงงานฯ พร้อมรับรอง สำเนาถูกต้อง)

## 15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	แบบคำขอ อนุญาตขายส่ง ยาแผนปัจจุบัน (แบบข.ย.4)	-	1	0	ชุด	-
2)	รูปถ่ายสีพื้นหลัง เรียบหน้าตรง ใบหน้าชัดเจนไม่ ยิ้มไม่สวมหมวก หรือแว่นตาของผู้ ขออนุญาตขนาด 3x4 เซนติเมตร ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน (อัดด้วย กระดาษโฟโต้ ไม่ใช่ปริ้นท์สีจาก เครื่องพิมพ์)	-	3	1	ฉบับ	-
3)	สำเนาทะเบียน บ้านของผู้ขอ อนุญาต/ผู้ดำเนิน กิจการ(กรณีนิติ	กรมการปกครอง	0	1	ฉบับ	(ของสถานที่ที่ขอ อนุญาตและของผู้ ที่เกี่ยวข้องเพื่อ ประกอบการ

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	บุคคล) พร้อม รับรองสำเนา ถูกต้อง					<p>พิจารณาใน เอกสารตามแต่ละ กรณีดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-ผู้ขอรับอนุญาต (กรณีบุคคล ธรรมดา)</li> <li>-ผู้รับการแต่งตั้ง จากนิติบุคคลให้ เป็นผู้ดำเนิน กิจการ (กรณีนิติ บุคคล)</li> <li>-ผู้มีอำนาจลงนาม ของนิติบุคคลที่ เป็นผู้ลงนาม แต่งตั้งผู้ดำเนิน กิจการ(กรณีนิติ บุคคล)</li> <li>-ผู้รับมอบอำนาจ ให้ดำเนินการแทน (กรณีที่ทำหนังสือ มอบอำนาจให้ทำ การแทน)</li> <li>-ผู้มอบอำนาจให้ ดำเนินการแทน (กรณีที่ทำหนังสือ มอบอำนาจให้ทำ การแทน)</li> <li>-ผู้ยินยอมให้ใช้ สถานที่ฯหรือผู้ให้</li> </ul>

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
						<p>เข้าสถานที่ฯ (แล้วแต่กรณี) -ผู้มีหน้าที่ ปฏิบัติการ กรณีผู้ดำเนิน กิจการเป็นบุคคล ต่างด้าวให้ใช้ หลักฐานดังนี้แทน ๑สำเนาหนังสือ เดินทาง (passport) พร้อม รับรองสำเนา ถูกต้อง ๒สำเนาหนังสือ ขออนุญาตทำงาน ที่ออกโดย กระทรวงแรงงานฯ พร้อมรับรอง สำเนาถูกต้อง)</p>
4)	ไปรับรองแพทย์ ของผู้ขออนุญาต / ผู้ดำเนินกิจการ (กรณีนิติบุคคล) และผู้มีหน้าที่ ปฏิบัติการ	-	1	0	ฉบับ	<p>(ระบุนการตรวจโรค ต้องห้ามตาม ประกาศฯได้แก่ โรคเรื้อนวัณโรคใน ระยะอันตรายโรค เท้าช้างในระยะ ปรากฏอาการเป็น ที่รังเกียจแก่สังคม โรคติดยาเสพติด ให้โทษอย่าง</p>



ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
						ร้ายแรงและโรค พิษสุราเรื้อรัง) และอายุของ ใบรับรองแพทย์ไม่ เกิน 3 เดือน ณ วันที่มายื่นคำขอ)
5)	เอกสารแสดง หลักทรัพย์ (กรณี บุคคลธรรมดา เป็นผู้ขออนุญาต ฯ)	-	1	1	ฉบับ	(ตัวอย่างเช่น" สำเนาสมุดบัญชี เงินฝาก"ที่เป็น ปัจจุบันพร้อมนำ สมุดเงินฝากตัว จริงมาแสดงโดยมี เงินในบัญชีตั้งแต่ 10,000 บาท (หนึ่งหมื่นบาท ถ้วน)ขึ้นไปพร้อม รับรองสำเนา ถูกต้องหรือ" สำเนาโฉนดที่ดิน" ที่ไม่ติดภาระ ผูกพันและระบุชื่อ ในโฉนดเป็นชื่อผู้ ขออนุญาตพร้อม รับรองสำเนา ถูกต้อง )
6)	เอกสารแสดง กรรมสิทธิ์ใน สถานที่ขายยา	-	1	1	ฉบับ	(ได้แก่ 1. สำเนาทะเบียน บ้านของสถานที่ ขายยาที่ระบุชื่อ

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
						<p>เจ้าบ้านหรือผู้ยื่น ขอทะเบียนบ้าน เป็นชื่อผู้ขอ อนุญาตหรือ</p> <p>2. หนังสือยินยอม ให้ใช้สถานที่โดยมี</p> <p>2.1 หลักฐาน แสดง ความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ให้ความ ยินยอมและผู้ขอ อนุญาต(ต้องเป็น เครือญาติกันหรือ มีนามสกุล เดียวกัน (ระบุ ความสัมพันธ์))</p> <p>2.2 เอกสาร แสดงกรรมสิทธิ์ใน สถานที่ขายยา ของผู้ยินยอมให้ใช้ สถานที่</p> <p>2.3 สำเนา ทะเบียนบ้านของ ผู้ยินยอมให้ใช้ สถานที่</p> <p>2.4 สำเนาบัตร ประชาชนของผู้ ยินยอมให้ใช้ สถานที่หรือ</p>

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
						3. สัญญาเช่า ประกอบด้วย 3.1 สำเนา สัญญาเช่า (ระบุที่ อยู่ของสถานที่ที่ ให้เช่าครบถ้วน ชัดเจนในสัญญา) 3.2 เอกสาร แสดงกรรมสิทธิ์ใน สถานที่ขายยา ของผู้ให้เช่า 3.3 สำเนา ทะเบียนบ้านของ ผู้ให้เช่า 3.4 สำเนาบัตร ประชาชนของผู้ให้ เช่า )
7)	สัญญาระหว่าง ผู้รับอนุญาตและ ผู้มีหน้าที่ ปฏิบัติการ	-	3	0	ฉบับ	(ตามแบบฟอร์ม ที่อย.กำหนดโดยผู้ มีหน้าที่ปฏิบัติการ ต้องมาแสดงตน และลงนามต่อ หน้าพนักงาน เจ้าหน้าที่ทั้ง 3 ชุด โดยเมื่อลงนาม แล้วเจ้าหน้าที่จะ คืนให้ 2 ชุด (สำหรับผู้รับ อนุญาตเก็บไว้ 1

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
						ชุดและผู้มีหน้าที่ ปฏิบัติการเก็บไว้ 1 ชุด ))
8)	คำรับรองของผู้มี หน้าที่ปฏิบัติการ + คำรับรองการ ปฏิบัติงานจาก หน่วยงาน (แบบข.ย.14 )	-	1	0	ฉบับ	(ผู้มีหน้าที่ ปฏิบัติการต้องมา แสดงตนและลง นามต่อหน้า พนักงาน เจ้าหน้าที่ / กรณีที่ ผู้ปฏิบัติการไม่มี งานประจำให้ลง นามรับรองในท้าย แบบข.ย.14 หน้า 3 ระบุว่าไม่มีงาน ประจำ)
9)	สำเนาใบ ประกอบวิชาชีพ เภสัชกรรมพร้อม การรับรองสำเนา ถูกต้อง	-	1	1	ฉบับ	(กรณีมีการเปลี่ยน ชื่อนามสกุลคำ นำหน้าชื่อจะต้อง มีการแก้ไขใบ ประกอบวิชาชีพฯ หรือแนบหลักฐาน ขอแก้ไขจากสภา เภสัชกรรม (เช่น หลักฐานการชำระ ค่าธรรมเนียมเพื่อ ขอแก้ไข))
10)	หลักฐานแสดงว่า เภสัชกรผู้มีหน้าที่ ปฏิบัติการเป็นผู้	-	1	1	ฉบับ	(เช่นหลักฐาน แสดงการมีหน่วย กิตติการศึกษา

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	มีความรู้ ความสามารถใน การให้บริการทาง เภสัชกรรมชุมชน					ต่อเนื่องทางเภสัช ศาสตร์ด้านเภสัช กรรมชุมชนอย่าง น้อย 5 หน่วยกิต (ในช่วง 3 ปี ย้อนหลังจากวันที่ มายื่นคำขอ) หรือ หลักฐานการผ่าน การเตรียมความ พร้อมในการเป็นผู้ มีหน้าที่ปฏิบัติการ ฯในหลักสูตรที่ สภาเภสัชกรรม รับรองฯ)
11)	หนังสือรับรองนิติ บุคคล (เฉพาะ กรณีผู้ขอ อนุญาตฯเป็นนิติ บุคคล)	-	0	1	ฉบับ	(ต้องระบุเลขที่ตั้ง ของสถานที่ที่จะ ขออนุญาตเป็น สำนักงานสาขา หรือสำนักงาน ใหญ่ในหนังสือ รับรองนิติบุคคล / หนังสือรับรองนิติ บุคคลที่ออกให้ จะต้องมีอายุไม่ เกิน 6 เดือนนับถึง วันที่มายื่นคำขอฯ)
12)	หนังสือแต่งตั้งผู้ ดำเนินกิจการ (ใช้เฉพาะกรณี	-	1	0	ฉบับ	(การลงนามต้อง สอดคล้องตามชื่อ ผู้มีอำนาจที่จะลง

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	นิติบุคคล(เปิด อาคารแสดมปี 30 บาท)					นามตามที่ปรากฏ ในหนังสือรับรอง นิติบุคคลพร้อม แนบสำเนา ทะเบียนบ้านและ สำเนาบัตร ประชาชนของผู้ มอบอำนาจและ ผู้รับมอบอำนาจ ด้วยกรณีที่เป็น บุคคลต่างด้าวให้ ใช้สำเนาหนังสือ เดินทาง (Passport) และ หนังสือการ อนุญาตให้ทำงาน ที่ออกโดย กระทรวงแรงงาน ฯ)
13)	หนังสือมอบ อำนาจให้ทำการ แทน (เปิดอาคาร แสดมปี 10 บาท)	-	1	0	ฉบับ	(เฉพาะกรณีและผู้ขอ อนุญาต/ ผู้ดำเนินการไม่ สามารถเดินทาง มายื่นคำขอ อนุญาตด้วย ตนเองและมอบให้ ผู้อื่นทำการแทน)
14)	รูปถ่ายและ แผนผังของ	-	1	0	ฉบับ	(ตามแบบ ภาพถ่ายที่

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	สถานที่ที่ขอ อนุญาต					กำหนด)

#### 16. ค่าธรรมเนียม

- 1) ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตขายส่งยาแผนปัจจุบัน

ค่าธรรมเนียม 1,500 บาท

หมายเหตุ -

#### 17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) ช่องทางการร้องเรียน กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา โทรศัพท์หมายเลข 0 7648 1729 โทรสารหมายเลข 0 7648 1729 *หมายเหตุ (เลขที่ 649 ถ.เพชรเกษม ต.ท้ายช้าง อ.เมือง จ.พังงา)*

#### 18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

*ไม่มีแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก*

#### 19. หมายเหตุ

-

วันที่พิมพ์	09/07/2558
สถานะ	รออนุมัติขั้นที่ 1 โดยหัวหน้า หน่วยงาน (Reviewer)
จัดทำโดย	Thiyanan Sutthijithamane
อนุมัติโดย	-
เผยแพร่โดย	-