

ที่ปิดรูปถ่าย  
ผู้รับใบอนุญาต  
ขนาด ๓ x ๔ ซม.



ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน  
เฉพาะยาบรรจุกึ่งสำเร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ

ใบอนุญาตที่ ...../.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

โดยมี .....

เลขที่บัตรประชาชน  เป็นผู้ดำเนินการ เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับใบอนุญาตขายยา  
แผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุกึ่งสำเร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ ณ สถานที่ขายยา ชื่อ .....

อยู่เลขที่ ..... ตรอก / ซอย ..... ถนน .....

หมู่ที่ ..... ตำบล / แขวง ..... อำเภอ / เขต .....

จังหวัด ..... โทรศัพท์ ..... โทรศัพท์มือถือ .....

โดยมี  เกษีกรชั้น ..... ชื่อ .....

เลขที่บัตรประชาชน  ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

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. .... และให้ใช้ได้เฉพาะสถานที่ขายยาที่ระบุไว้ใน

ใบอนุญาตเท่านั้น

ให้ไว้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

(ลายมือชื่อ) .....

ตำแหน่ง .....

ผู้อนุญาต

การต่ออายุ ครั้งที่ ๑

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง  
วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ....

(ลายมือชื่อ) .....

ผู้อนุญาต

ตำแหน่ง .....

...../...../.....

การต่ออายุ ครั้งที่ ๒

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง  
วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ....

(ลายมือชื่อ) .....

ผู้อนุญาต

ตำแหน่ง .....

...../...../.....

การต่ออายุ ครั้งที่ ๓

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง  
วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ....

(ลายมือชื่อ) .....

ผู้อนุญาต

ตำแหน่ง .....

...../...../.....

# รายการแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาต

