



ที่ อส ๐๐๐๗(พก๒)/ว ๒๓

สำนักงานอัยการสูงสุด  
อาคารราชบุรีดิเรกฤทธิ์  
ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติฯ  
ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง  
เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ ๑๐๒๑๐

๑๕ มกราคม ๒๕๖๘

เรื่อง กฎหมายใหม่ซึ่งออกตามประมวลกฎหมายยาเสพติด

เรียน รองอัยการสูงสุด ผู้ตรวจการอัยการ อธิบดีอัยการ อธิบดีอัยการภาค อัยการพิเศษฝ่าย เลขานุการ  
อัยการสูงสุด เลขาธิการสถาบันนิติวัชร์ อัยการจังหวัด ผู้อำนวยการสถาบัน เลขาธิการสำนักงาน  
อัยการสูงสุด และผู้อำนวยการสำนักงาน

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ที่ สธ ๑๐๐๗/ว ๓๑๒ ลงวันที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๘

ด้วยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแจ้งว่า ด้วยมีกฎหมายใหม่ซึ่งออกตาม  
ประมวลกฎหมายยาเสพติดได้ประกาศลงราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๗ และมีผลใช้บังคับ  
ในวันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๗ จำนวน ๒ ฉบับ ดังนี้

๑. ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง กำหนดแบบคำขอ ใบอนุญาต  
ใบแทนใบอนุญาตจำหน่ายและใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ พ.ศ. ๒๕๖๗
๒. ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง กำหนดแบบบัญชีและแบบรายงาน  
เกี่ยวกับการดำเนินกิจการจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ พ.ศ. ๒๕๖๗  
รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

สำนักงานอัยการสูงสุดพิจารณาแล้วเห็นว่า ประกาศดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติราชการ  
ของข้าราชการฝ่ายอัยการ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและประกอบการพิจารณาในการปฏิบัติราชการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายจุมพล พันธุ์สัมฤทธิ์)

รองอัยการสูงสุด ปฏิบัติราชการแทน  
อัยการสูงสุด

สำนักงานวิชาการ

สำนักงานอัยการพิเศษฝ่ายพัฒนากฎหมาย ๒

โทร./โทรสาร ๐ ๒๑๔๓ ๙๔๗๕

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ dlaw2@ago.go.th

สำนักงานวิชาการ  
เลขที่ มย  
วันที่ ๘ มี.ค. ๒๕๖๘  
เวลา ๑๓.๒๒ น.



สำนักงานอัยการสูงสุด  
เลขที่รับ: 720/2568  
วันที่รับ: 7/1/2568  
เวลารับ: 10:51

สำนักงานอัยการพิเศษฝ่ายพัฒนากฎหมาย ๒  
เลขที่รับ 23 / 2568  
รับวันที่ 13 / 1 / ๖8  
เวลา 10.10 น.

ที่ สธ ๑๐๐๓/ว ๓๑๒

ถึง กระทรวง กรม กอง สำนักงาน มหาวิทยาลัย สภาวิชาชีพ สมาคม ผู้รับอนุญาต

ด้วยมีกฎหมายใหม่ซึ่งออกตามประมวลกฎหมายยาเสพติด ได้ประกาศลงราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๗ และมีผลใช้บังคับในวันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๗ จำนวน ๒ ฉบับ ดังนี้

๑. ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง กำหนดแบบคำขอ ใบอนุญาต ใบแทนใบอนุญาตจำหน่ายและใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ พ.ศ. ๒๕๖๗

๒. ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง กำหนดแบบบัญชีและแบบรายงาน เกี่ยวกับการดำเนินกิจการจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ พ.ศ. ๒๕๖๗

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจึงขอแจ้งกฎหมายใหม่ดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้หน่วยงานของท่านได้ใช้ประโยชน์ ทั้งนี้ สามารถดาวน์โหลดกฎหมายใหม่ได้ทางเว็บไซต์กองควบคุมวัตถุเสพติด <https://narcotic.fda.moph.go.th/law-type/> หัวข้อ "กฎหมายใหม่" หรือตาม QR code ที่ปรากฏท้ายหนังสือ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และหากหน่วยงานของท่านมีหน่วยงานในสังกัดที่เกี่ยวข้อง ขอได้โปรดพิจารณาแจ้งหน่วยงานดังกล่าวต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา



ดาวน์โหลดประกาศฯ

กองควบคุมวัตถุเสพติด  
โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๗๗๖๑  
โทรสาร. ๐ ๒๕๕๐ ๗๓๓๘

มอบ สฝพก.๒ ดำเนินการ

(นายวรุฒิ วัฒนอดถานนท์)

อฝ. สฝพก.๒

ร.อ. พรท. อว.

- ๘ มี.ค. ๒๕๖๘

ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา  
เรื่อง กำหนดแบบคำขอ ใบอนุญาต ใบแทนใบอนุญาตจำหน่าย  
และใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒  
พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดแบบคำขอ ใบอนุญาต และใบแทนใบอนุญาตจำหน่ายและ  
ใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๕ แห่งกฎกระทรวงการอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษ  
ในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขาธิการ อย. จึงออกประกาศไว้  
ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๒๘ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ คำขอรับใบอนุญาต คำขอต่ออายุใบอนุญาต และคำขอรับใบแทนใบอนุญาต  
จำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ให้ใช้ตามแบบ จ.ย.ส. ๒-๑/ว.จ. ๒-๑  
ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๓ คำขอรับใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เกินปริมาณที่อนุญาต  
ให้ใช้ตามแบบ จก.ย.ส. ๒-๑ ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๔ คำขอแก้ไขรายการในใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์  
ในประเภท ๒ ให้ใช้ตามแบบ แก้ไข ยส./ว.จ. ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๕ ใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ให้ใช้ตามแบบ จ.ย.ส. ๒-๒  
ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๖ ใบอนุญาตจำหน่ายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ให้ใช้ตามแบบ จ.ว.จ. ๒-๒  
ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๗ ใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เกินปริมาณที่รัฐมนตรีกำหนด  
ให้ใช้ตามแบบ จก.ย.ส. ๒-๒ ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๘ ใบแทนใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือใบแทนใบอนุญาต  
จำหน่ายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ให้ใช้ตามแบบใบอนุญาตเดิม แต่ให้กำกับคำว่า “ใบแทน”  
ไว้ที่ด้านหน้าด้วย

ข้อ ๙ ใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ของผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือผู้ประกอบการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง ให้แก่บุคคลภายนอกที่ไม่ใช่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยซึ่งตนให้การรักษา ให้ใช้ตามแบบ ใบสั่งจ่าย ย.ส. ๒/ว.จ. ๒ ท้ายประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๔ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

สุรโชค ต่างวิวัฒน์

เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

<p>แบบ จ.ย.ส. ๒-๑/ ว.จ. ๒-๑</p>	<p>คำขอรับใบอนุญาต คำขอต่ออายุใบอนุญาต คำขอรับใบแทนใบอนุญาต จำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒</p>	<p>(สำหรับเจ้าหน้าที่)</p> <p><input type="checkbox"/> สถานที่จำหน่ายตั้งอยู่ใน กทม. ยื่นที่ อ.ย. <input type="checkbox"/> สถานที่จำหน่ายตั้งอยู่ในต่างจังหวัด ยื่นที่ สสจ.</p> <p>เลขรับที่..... วันที่รับ..... ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ</p>
---	---	--

โปรดทำเครื่องหมาย  ลงใน  ของข้อที่เลือกและกรอกข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน

ขอรับใบอนุญาต (กรณีรายใหม่)

ขอต่ออายุ ใบอนุญาตเลขที่ .....

ขอรับใบแทน ใบอนุญาตเลขที่..... เนื่องจากใบอนุญาต  สูญหาย  ถูกทำลาย

หรือเสียหายในสาระสำคัญ

หมายเหตุ : ๑. กรณีขอต่ออายุใบอนุญาตหรือขอรับใบแทนใบอนุญาต ไม่ต้องกรอกข้อมูลในส่วนที่ ๑ และส่วนที่ ๒

๒. กรณีมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลง ให้ยื่นคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงก่อนการยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต

๓. คำขอ ๑ ฉบับ ให้ยื่นขอได้เพียงหนึ่งวัตถุประสงค์ต่อหนึ่งประเภทเท่านั้น

ประเภทของยาเสพติด/วัตถุออกฤทธิ์  ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒  วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

วัตถุประสงค์ในการขออนุญาต

การรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์

การเป็นหน่วยกระจายยา (เฉพาะกรณีหน่วยงานของรัฐที่มีฐานะเป็นนิติบุคคลซึ่งมีหน้าที่บำบัดรักษาหรือป้องกันโรค หรือสภาวิชาชีพเท่านั้น)

การวิเคราะห์

การศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์

▪ ชื่อโครงการวิจัย.....

การป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด (เฉพาะกรณีหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ในการป้องกัน ปราบปราม หรือแก้ไขปัญหาเสพติดเท่านั้น)

ผู้ขออนุญาตเป็น (เลือกได้หนึ่งกลุ่มผู้ขออนุญาต)

หน่วยงานของรัฐที่มีฐานะเป็นนิติบุคคลซึ่งมีหน้าที่บำบัดรักษาหรือป้องกันโรค

หน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ในการป้องกัน ปราบปราม หรือแก้ไขปัญหาเสพติด

สภาวิชาชีพ

ผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

ผู้ได้รับใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์

ผู้มีหน้าที่หรือดำเนินการเพื่อวัตถุประสงค์ในการตรวจวิเคราะห์ หรือการศึกษาวินิจฉัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์

**ส่วนที่ ๑ ข้อมูลผู้ขออนุญาตและผู้ดำเนินการในใบอนุญาต**

**๑.๑ ข้อมูลผู้ขออนุญาต**

ชื่อผู้ขออนุญาต (ชื่อบุคคลธรรมดา/ชื่อนิติบุคคล).....  
 เลขประจำตัวประชาชน --- หรือ หนังสือเดินทางเลขที่.....  
 หรือ เลขทะเบียนนิติบุคคล ----  
 เลขรหัสประจำบ้านตามทะเบียนบ้าน -- (ตามทะเบียนราษฎรกระทรวงมหาดไทย)  
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....  
 ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....  
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์  โทรศัพท์.....  
 โทรสาร (ถ้ามี)..... อีเมล (ถ้ามี).....

**๑.๒ ข้อมูลผู้ดำเนินการในใบอนุญาต**

นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล..... อายุ..... ปี สัญชาติ.....  
 เลขประจำตัวประชาชน --- หรือหนังสือเดินทางเลขที่.....  
 เลขรหัสประจำบ้านตามทะเบียนบ้าน -- (ตามทะเบียนราษฎรกระทรวงมหาดไทย)  
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....  
 ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....  
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์  โทรศัพท์.....  
 โทรสาร (ถ้ามี)..... อีเมล (ถ้ามี).....

**ส่วนที่ ๒ ข้อมูลการขออนุญาตจำหน่าย**

**๒.๑ สถานที่ที่ขออนุญาตจำหน่าย**

ชื่อสถานที่/สถานพยาบาล.....  
 ประเภทสถานพยาบาล.....  
*(โปรดระบุประเภทของสถานพยาบาล กรณีการรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์)*  
 เลขรหัสประจำบ้านตามทะเบียนบ้าน -- (ตามทะเบียนราษฎรกระทรวงมหาดไทย)  
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....  
 รหัสไปรษณีย์  โทรศัพท์..... โทรสาร (ถ้ามี).....

**๒.๒ กรณีเป็นหน่วยกระจายยา โปรดระบุสถานพยาบาลในเครือข่าย**

๑. ชื่อสถานพยาบาล.....ใบอนุญาตจำหน่ายเลขที่.....  
 ๒. ชื่อสถานพยาบาล.....ใบอนุญาตจำหน่ายเลขที่.....  
 ๓. ชื่อสถานพยาบาล.....ใบอนุญาตจำหน่ายเลขที่.....  
 ๔. ชื่อสถานพยาบาล.....ใบอนุญาตจำหน่ายเลขที่.....  
 ๕. ชื่อสถานพยาบาล.....ใบอนุญาตจำหน่ายเลขที่.....  
 หมายเหตุ : กรณีมีสถานพยาบาลในเครือข่ายมากกว่า ๕ สถานพยาบาลให้แจ้งรายละเอียดเป็นเอกสารแนบเพิ่มเติม

**ส่วนที่ ๓ สถานที่สำหรับติดต่อจัดส่งเอกสาร (กรุณาเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง)**

- ตามที่อยู่ของผู้ขอรับอนุญาต (ข้อ ๑.๑)  
 ตามที่อยู่ของสถานที่ขอรับอนุญาต (ข้อ ๒.๑)

## ส่วนที่ ๔ เอกสารหลักฐานสำหรับผู้ขออนุญาตในแต่ละวัตถุประสงค์

เอกสารหรือหลักฐานประกอบการขอรับใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ (โปรดแนบเอกสารหรือหลักฐานในส่วนที่เกี่ยวข้อง และให้ผู้ดำเนินการในใบอนุญาตรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ เว้นแต่การส่งทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้ส่งไม่ต้องลงนามรับรอง)

## ๑. การรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์

## ๑.๑ กรณีเป็นหน่วยงานของรัฐหรือสภาวิชาชีพ

<input type="checkbox"/>	ข้อมูล เอกสาร หรือหลักฐานที่แสดงการเป็นนิติบุคคล หน้าที่ และอำนาจตามกฎหมาย
<input type="checkbox"/>	หนังสือแสดงว่าผู้ยื่นขออนุญาตเป็นผู้แทนของนิติบุคคลหรือผู้มีอำนาจทำการแทนนิติบุคคล เช่น หนังสือมอบหมาย หรือแต่งตั้งให้เป็นผู้แทนของหน่วยงานผู้ขออนุญาต
<input type="checkbox"/>	หนังสือมอบอำนาจให้ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาตแทน)
<input type="checkbox"/>	แผนที่และแผนผังแสดงที่ตั้งสถานที่ที่ขออนุญาตจำหน่าย

## ๑.๒ กรณีเป็นผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือผู้ได้รับอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์

<input type="checkbox"/>	ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. ๗) หรือใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์ (สส. ๓)
<input type="checkbox"/>	ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ. ๑๙) หรือใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ (สส. ๔)
<input type="checkbox"/>	ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่งของผู้ดำเนินการตามใบอนุญาตในสถานพยาบาล
<input type="checkbox"/>	หนังสือมอบอำนาจให้ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต (กรณีมอบอำนาจให้ผู้ประกอบวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาตจำหน่าย)
<input type="checkbox"/>	แผนที่และแผนผังแสดงที่ตั้งสถานที่ที่ขออนุญาตจำหน่าย
<input type="checkbox"/>	รูปถ่ายสถานพยาบาลจำนวน ๒ รูป (๑. แสดงลักษณะอาคาร ๒. ป้ายและเลขที่ของสถานที่ตั้ง)

## ๒. กรณีเป็นหน่วยกระจายยา

<input type="checkbox"/>	หนังสือยินยอมให้เป็นหน่วยกระจายยา จากหัวหน้าส่วนราชการของหน่วยงานของรัฐที่ยื่นขออนุญาต หรือจากเลขาธิการสภาวิชาชีพในประเทศไทยในกรณีผู้ยื่นขออนุญาตเป็นหน่วยงานในสังกัดสภาวิชาชีพในประเทศไทย
<input type="checkbox"/>	ข้อมูล เอกสาร หรือหลักฐานที่แสดงการเป็นนิติบุคคล หน้าที่ และอำนาจตามกฎหมาย
<input type="checkbox"/>	หนังสือแสดงว่าผู้ยื่นขออนุญาตเป็นผู้แทนของนิติบุคคลหรือผู้มีอำนาจทำการแทนนิติบุคคล เช่น หนังสือมอบหมาย หรือแต่งตั้งให้เป็นผู้แทนของหน่วยงานผู้ขออนุญาต
<input type="checkbox"/>	หนังสือมอบอำนาจให้ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาตแทน)
<input type="checkbox"/>	แผนที่และแผนผังแสดงที่ตั้งสถานที่ที่ขออนุญาตจำหน่าย

## ๓. กรณีวิเคราะห์

<input type="checkbox"/>	เอกสารหรือหลักฐานแสดงการมีหน้าที่หรือวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการวิเคราะห์
<input type="checkbox"/>	หนังสือแสดงว่าผู้ยื่นขออนุญาตเป็นผู้แทนของนิติบุคคลหรือผู้มีอำนาจทำการแทนนิติบุคคล เช่น หนังสือมอบหมาย หรือแต่งตั้งให้เป็นผู้แทนของหน่วยงานผู้ขออนุญาต (กรณีผู้ขออนุญาตเป็นหน่วยงานของรัฐ หรือสภาวิชาชีพ)
<input type="checkbox"/>	หนังสือมอบอำนาจให้ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาตแทน)
<input type="checkbox"/>	แผนที่และแผนผังแสดงที่ตั้งสถานที่ที่ขออนุญาตจำหน่าย

แบบ จ.ย.ส. ๒-๑/ว.จ. ๒-๑

ส่วนที่ ๔ เอกสารหลักฐานสำหรับผู้ขออนุญาตในแต่ละวัตถุประสงค์ (ต่อ)	
เอกสารหรือหลักฐานประกอบการขอรับใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ (โปรดแนบเอกสารหรือหลักฐานในส่วนที่เกี่ยวข้อง และให้ผู้ดำเนินการในใบอนุญาตรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ เว้นแต่การส่งทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้ส่งไม่ต้องลงนามรับรอง)	
<b>๔. การศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์</b>	
<input type="checkbox"/>	โครงการศึกษาวิจัยซึ่งระบุชื่อ จำนวนหรือปริมาณ และรายละเอียดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ตลอดจนกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการจำหน่ายภายใต้โครงการศึกษาดังกล่าว
<input type="checkbox"/>	เอกสารหรือหลักฐานที่แสดงว่าได้รับความเห็นชอบของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมที่เลขที่การ.อย. ประกาศกำหนด (กรณีขอจำหน่ายเพื่อการศึกษาวิจัยในมนุษย์)
<input type="checkbox"/>	เอกสารหรือหลักฐานที่แสดงว่าได้รับการอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยสัตว์เพื่องานทางวิทยาศาสตร์ (กรณีขอจำหน่ายเพื่อการศึกษาวิจัยที่ดำเนินการต่อสัตว์เพื่องานทางวิทยาศาสตร์)
<input type="checkbox"/>	หนังสือแสดงว่าผู้ยื่นขออนุญาตเป็นผู้แทนของนิติบุคคลหรือผู้มีอำนาจทำการแทนนิติบุคคล เช่น หนังสือมอบหมาย หรือแต่งตั้งให้ผู้แทนของหน่วยงานผู้ขออนุญาต (กรณีผู้ขออนุญาตเป็นหน่วยงานของรัฐ หรือสภาวิชาชีพ)
<input type="checkbox"/>	หนังสือมอบอำนาจให้ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาตแทน)
<input type="checkbox"/>	แผนที่และแผนผังแสดงที่ตั้งสถานที่ที่ขออนุญาตจำหน่าย
<b>๕. การป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด</b>	
<input type="checkbox"/>	ข้อมูล เอกสาร หรือหลักฐานที่แสดงการเป็นนิติบุคคล หน้าที่ และอำนาจตามกฎหมาย
<input type="checkbox"/>	หนังสือแสดงว่าผู้ยื่นขออนุญาตเป็นผู้แทนของนิติบุคคลหรือผู้มีอำนาจทำการแทนนิติบุคคล เช่น หนังสือมอบหมาย หรือแต่งตั้งให้ผู้แทนของหน่วยงานผู้ขออนุญาต
<input type="checkbox"/>	หนังสือมอบอำนาจให้ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาตแทน)
<input type="checkbox"/>	แผนที่และแผนผังแสดงที่ตั้งสถานที่ที่ขออนุญาตจำหน่าย
<p><b>ส่วนที่ ๕ การรับรองตนเองและการยินยอมเปิดเผยข้อมูลของผู้ขออนุญาตหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการ</b></p> <p>ข้าพเจ้าผู้ขออนุญาต/ผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการ ยินยอมให้เก็บ รวบรวม และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อประโยชน์ในทางราชการ และขอให้คำรับรองว่า</p> <p>(๑) มีคุณลักษณะและไม่มีลักษณะต้องห้าม ในการเป็นผู้ขออนุญาตตามที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงการอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ พ.ศ. ๒๕๖๗</p> <p>(๒) ข้าพเจ้าจะไม่ทำผิดวัตถุประสงค์ตามที่ได้รับอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒</p> <p>(๓) ข้าพเจ้าจะไม่เปลี่ยนแปลงข้อมูลการจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ไปจากที่ได้รับอนุญาตไว้ หากมีความประสงค์ที่จะเปลี่ยนแปลงข้อมูลดังกล่าว ข้าพเจ้ารับทราบว่าจะต้องดำเนินการยื่นคำขอรับอนุญาตตามกระบวนการที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงฯ</p> <p>(๔) ข้อความข้างต้นที่แจ้งไว้ในคำขอนี้พร้อมทั้งหลักฐานและเอกสารประกอบการขอรับใบอนุญาตทุกฉบับเป็นความจริง ถูกต้องและครบถ้วน สมบูรณ์ทุกประการ หากภายหลังปรากฏว่าข้อมูลในคำขอนี้พร้อมทั้งเอกสารหลักฐานประกอบคำขอไม่ตรงกับความเป็นจริง ข้าพเจ้าถือเป็นความรับผิดชอบของข้าพเจ้าเองทั้งสิ้น</p> <p>(๕) ข้าพเจ้าได้รับทราบ เข้าใจ และพร้อมที่จะปฏิบัติตามกฎกระทรวงการอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ พ.ศ. ๒๕๖๗ พร้อมทั้งแนวทางและหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดกำหนดทุกประการ</p>	
 <p>ประทับตรา นิติบุคคล (ถ้ามี)</p>	<p>ลงชื่อ..... ผู้ขออนุญาต</p> <p>(.....)</p> <p>วันที่.....</p>
หมายเหตุ : ให้รับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ และขีดข้อความที่ไม่ต้องการออก เว้นแต่การส่งทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้ส่งไม่ต้องลงนามรับรอง	

แบบ จก.ย.ส. ๒-๑	<b>คำขอรับใบอนุญาต</b> <b>จำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒</b> <b>เกินปริมาณที่อนุญาต</b>	(สำหรับเจ้าหน้าที่) เลขรับที่..... วันที่รับ..... ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ
--------------------	--	--

โปรดทำเครื่องหมาย  ลงใน  ของข้อที่เลือกและกรอกข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน

**ส่วนที่ ๑ ข้อมูลผู้ขออนุญาต**

ชื่อผู้ขออนุญาต (ชื่อบุคคลธรรมดา/ชื่อนิติบุคคล) .....

ได้รับใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ใบอนุญาตที่ .....

กรณีขอจำหน่ายเมทาโดน (Methadone) เกินปริมาณที่อนุญาต โปรดระบุรายละเอียดของสถานพยาบาลเพิ่มเติม

เป็นสถานพยาบาลที่บำบัดรักษาทั่วไป  เป็นสถานพยาบาลที่บำบัดรักษาทั่วไปและเป็นสถานพยาบาลยาเสพติด

**ส่วนที่ ๒ ข้อมูลการขออนุญาตจำหน่ายเกินปริมาณ**

๑. ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ .....

๒. ระบุปริมาณที่ประสงค์ขออนุญาตจำหน่ายเกินปริมาณที่ได้รับอนุญาตไว้แล้ว .....

๓. เหตุผลความจำเป็นในการขอรับอนุญาต

๓.๑ โรคหรือกรณีที่ต้องจำเป็นต้องใช้ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ นั้น (โปรดระบุ) .....

๓.๒ เหตุผลที่ต้องขอรับอนุญาต เนื่องจาก .....

๔. จำนวนผู้ป่วย / สัตว์ป่วย ที่จำเป็นต้องใช้ยาเสพติดให้โทษดังกล่าวโดยเฉลี่ยต่อเดือน ..... คน / ตัว

๕. จำนวนยาเสพติดให้โทษที่จำเป็นต้องใช้เฉลี่ยต่อเดือน และยอดคงเหลือของยาเสพติดให้โทษนั้น

ชนิดของยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ (แยกตามแต่ละรูปแบบเภสัชภัณฑ์)	จำนวนที่จำเป็นต้องใช้โดยเฉลี่ยต่อเดือน (amp, tab, cap, patch etc.)	ยอดคงเหลือ ณ วันที่ขอรับอนุญาต (amp, tab, cap, patch etc.)
๑.		
๒.		
๓.		
๔.		
๕.		
๖.		
๗.		
๘.		

แบบ จก.ย.ส. ๒-๑

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลการขออนุญาตจำหน่ายเกินปริมาณ (ต่อ)

๖. ข้อมูลการใช้ยาเสพติดให้โทษของสถานพยาบาลในแต่ละเดือน ย้อนหลังไปไม่น้อยกว่า ๖ เดือน

ชนิดของยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ (แยกตามแต่ละรูปแบบเภสัชภัณฑ์)	เดือน .....	เดือน .....	เดือน .....	เดือน .....	เดือน .....	เดือน .....
๑.						
๒.						
๓.						
๔.						
๕.						
๖.						
๗.						
๘.						

ส่วนที่ ๓ การรับรองตนเองและการยินยอมเปิดเผยข้อมูลของผู้ขออนุญาต

ข้าพเจ้าผู้ขออนุญาต ยินยอมให้เก็บ รวบรวม และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อประโยชน์ในทางราชการ และขอให้คำรับรองว่า

(๑) มีคุณลักษณะและไม่มีลักษณะต้องห้าม ในการเป็นผู้ขออนุญาตตามที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงการอนุญาตจำหน่าย ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ พ.ศ. ๒๕๖๗

(๒) ข้าพเจ้าจะไม่ทำผิดวัตถุประสงค์ตามที่ได้รับอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

(๓) ข้าพเจ้าจะไม่เปลี่ยนแปลงข้อมูลการจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ไปจากที่ได้รับอนุญาตไว้

(๔) ข้อความข้างต้นที่แจ้งไว้ในคำขอนี้เป็นความจริง ถูกต้องและครบถ้วน สมบูรณ์ทุกประการ หากภายหลังปรากฏว่า ข้อมูลในคำขอนี้ไม่ตรงกับความเป็นจริง ข้าพเจ้าถือเป็นความรับผิดชอบของข้าพเจ้าเองทั้งสิ้น

(๕) ข้าพเจ้าได้รับทราบ เข้าใจ และพร้อมที่จะปฏิบัติตามกฎกระทรวงการอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ พ.ศ. ๒๕๖๗ พร้อมทั้งแนวทางและหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดกำหนดทุกประการ

ประทับตรา  
นิติบุคคล  
(ถ้ามี)

ลงชื่อ..... ผู้ขออนุญาต

(.....)

วันที่.....

คำขอแก้ไขรายการในใบอนุญาตยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์

**\*\*คำขอ ๑ ฉบับ ใช้สำหรับขอแก้ไข ๑ ใบอนุญาต เท่านั้น\*\***

- คำชี้แจง ๑. ให้ขีดเลือกข้อความในช่อง  /  ให้ตรงตามที่ประสงค์จะดำเนินการ  
 ๒. ให้ผู้ดำเนินการรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ

๑. ชื่อผู้รับอนุญาต .....  
 ณ สถานที่ ชื่อ .....
๒. ข้อมูลผู้ดำเนินการในใบอนุญาต (นาย/นาง/นางสาว).....
๓. ข้อมูลใบอนุญาต  
 ได้รับใบอนุญาต..... เลขที่.....
๔. มีความประสงค์ขอแก้ไขรายการในใบอนุญาต ดังต่อไปนี้  
 (โปรดแนบเอกสารหรือหลักฐานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่แก้ไข และให้ผู้ดำเนินการในใบอนุญาตรับรองสำเนาถูกต้อง  
 ในเอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ เว้นแต่การส่งทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้ส่งไม่ต้องลงนามรับรอง)

ประเด็นแก้ไข	เอกสารหรือหลักฐาน
<input type="checkbox"/> ๑. เปลี่ยนชื่อ หรือ ชื่อสกุล / เพิ่มหรือเปลี่ยนคำนำหน้าชื่อ <input type="radio"/> ผู้รับอนุญาต <input type="radio"/> ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต <input type="radio"/> เกสซ์กรผู้อยู่ประจำควบคุมกิจการ จากเดิม..... เป็น.....	● เอกสารแสดงการเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล คำนำหน้าชื่อ ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ
<input type="checkbox"/> ๒. เปลี่ยนชื่อนิติบุคคลผู้รับอนุญาต (เช่น เปลี่ยนชื่อบริษัท โดยที่ยังเป็นนิติบุคคลเดิม) จากเดิม..... เป็น.....	● เอกสารแสดงการเปลี่ยนแปลงนิติบุคคล ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ
<input type="checkbox"/> ๓. เปลี่ยนเกสซ์กรผู้ควบคุมกิจการที่ระบุไว้ในใบอนุญาต จากเดิม..... เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ..... เป็น..... เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....	● คำรับรองของผู้รับอนุญาตและเกสซ์กรผู้ควบคุมกิจการ ● ใบประกอบวิชาชีพ

แบบ แก้ว ยส./วจ.

ประเด็นแก้ไข	เอกสารหรือหลักฐาน
<input type="checkbox"/> ๔. แปรสภาพนิติบุคคลผู้รับอนุญาต (เช่น จากห้างหุ้นส่วนจำกัด แปรสภาพเป็น บริษัทจำกัด หรือบริษัทจำกัด แปรสภาพเป็น บริษัทมหาชนจำกัด หรือการควบรวมกิจการ) จากเดิม..... เป็น..... **กรณีเป็นการเปลี่ยนแปลงนิติบุคคลเป็นนิติบุคคลใหม่ให้ขอยกเลิก ใบอนุญาตฉบับเดิม และยื่นคำขอรับใบอนุญาตฉบับใหม่**	<ul style="list-style-type: none"> <li>● เอกสารแสดงการเปลี่ยนแปลงนิติบุคคล ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ</li> </ul>
<input type="checkbox"/> ๕. เปลี่ยนชื่อสถานที่ที่ได้รับอนุญาต (โดยสถานที่ตั้ง ยังคงตั้งอยู่ที่เดิม) จากเดิม..... เป็น.....	<ul style="list-style-type: none"> <li>● เอกสารแสดงการเปลี่ยนชื่อสถานที่ ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ (กรณีสถานที่ของรัฐ)</li> <li>● ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๗) หรือใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์ (สส.๓) (กรณีสถานพยาบาลเอกชน)</li> <li>● ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.๑๙) หรือใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ (สส.๔) (กรณีสถานพยาบาลเอกชน)</li> </ul>
<input type="checkbox"/> ๖. เปลี่ยนผู้ดำเนินการในใบอนุญาต จากเดิม..... เป็น.....	<ul style="list-style-type: none"> <li>● คำสั่งแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง (กรณีหน่วยงานของรัฐ)</li> <li>● ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.๑๙) หรือใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ (สส.๔) (กรณีสถานพยาบาลเอกชน)</li> <li>● หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาต</li> </ul>
<input type="checkbox"/> ๗. เปลี่ยนเลขที่บ้าน ชื่อถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด ของสถานที่ตั้งในใบอนุญาต (กรณีข้อมูลสถานที่ตั้ง ซึ่งรัฐทำการเปลี่ยนแปลง โดยสถานที่ตั้ง ยังคงตั้งอยู่ที่เดิม) จากเดิม..... เป็น.....	<ul style="list-style-type: none"> <li>● เอกสารแสดงการเปลี่ยนเลขที่บ้าน ชื่อถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ</li> <li>● ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๗) หรือใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์ (สส.๓) (กรณีสถานพยาบาลเอกชน)</li> <li>● ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.๑๙) หรือใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ (สส.๔) (กรณีสถานพยาบาลเอกชน)</li> </ul>

แบบ แก้ไข ยส./วจ.

ประเด็นแก้ไข	เอกสารหรือหลักฐาน
<input type="checkbox"/> ๘. เปลี่ยนหมายเลขโทรศัพท์ / โทรสาร / อีเมล <input type="radio"/> โทรศัพท์ จากเดิม..... เป็น..... <input type="radio"/> โทรสาร จากเดิม..... เป็น..... <input type="radio"/> อีเมล จากเดิม..... เป็น.....	<ul style="list-style-type: none"> <li>● เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไข (ถ้ามี)</li> </ul>
<input type="checkbox"/> ๙. อื่น ๆ (โปรดระบุ)..... จากเดิม..... เป็น..... เหตุผล.....	<ul style="list-style-type: none"> <li>● เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไข (ถ้ามี)</li> </ul>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความและเอกสารหรือหลักฐานทั้งหมดที่ยื่นเพื่อประกอบ  
คำขอแก้ไขรายการในใบอนุญาตเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ..... ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต  
(.....)



ใบอนุญาต

จำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

ใบอนุญาตที่ .....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

.....

โดยมี.....

เป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อ.....

โดยมีสถานที่ทำการ คือ.....

ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย .....

ถนน ..... ตำบล/แขวง .....

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

โทรศัพท์ ..... โทรสาร .....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .... และใช้ได้เฉพาะสถานที่ซึ่งระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

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

.....

ผู้อนุญาต

**หมายเหตุ**

- ผู้รับอนุญาตที่ประสงค์จะขอต่ออายุใบอนุญาต ต้องยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ
- กรณีมีการแก้ไขรายการในใบอนุญาต ให้ยื่นคำขอแก้ไขรายการในใบอนุญาตนั้นก่อนการต่ออายุใบอนุญาต
- ในกรณีจำเป็นผู้รับอนุญาตอาจจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ให้ผู้รับอนุญาตรายอื่นได้ แต่ต้องพิจารณาเงื่อนไขการได้รับอนุญาตจำหน่ายของผู้รับอนุญาตรายนั้นด้วย
- ผู้รับอนุญาตมีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามที่กฎหมายกำหนด รวมถึงจัดทำบัญชีและเสนอรายงานตามแบบที่เลขาธิการ อย. กำหนด กรณีฝ่าฝืน อาจถูกตักเตือน พักใช้ หรือเพิกถอนใบอนุญาต ตามกฎกระทรวงที่ออกตามประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา ๔๗



ใบอนุญาต  
จำหน่ายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

ใบอนุญาตที่ .....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

.....

โดยมี.....

เป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาตจำหน่ายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับอนุญาตจำหน่ายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อ.....

โดยมีสถานที่ทำการ คือ.....

ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย .....

ถนน ..... ตำบล/แขวง .....

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

โทรศัพท์ ..... โทรสาร .....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .... และใช้ได้เฉพาะสถานที่ซึ่งระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

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

.....

ผู้อนุญาต

หมายเหตุ

๑. ผู้รับอนุญาตที่ประสงค์จะขอต่ออายุใบอนุญาต ต้องยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ
๒. กรณีมีการแก้ไขรายการในใบอนุญาต ให้ยื่นคำขอแก้ไขรายการในใบอนุญาตนั้นก่อนการต่ออายุใบอนุญาต
๓. ในกรณีจำเป็นผู้รับอนุญาตอาจจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ให้ผู้รับอนุญาตรายอื่นได้ แต่ต้องพิจารณาเงื่อนไขการได้รับอนุญาตจำหน่ายของผู้รับอนุญาตรายนั้นด้วย
๔. ผู้รับอนุญาตมีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามที่กฎหมายกำหนด รวมถึงจัดทำบัญชีและเสนอรายงานตามแบบที่เลขาธิการ อย. กำหนด กรณีฝ่าฝืน อาจถูกตักเตือน พักใช้ หรือเพิกถอนใบอนุญาต ตามกฎกระทรวงที่ออกตามประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา ๔๗



ใบอนุญาต

จำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

เกินปริมาณที่รัฐมนตรีกำหนด

ใบอนุญาตที่ .....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

.....

โดยมี.....

เป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการตามใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่.....

เพื่อแสดงว่าเป็นผู้ได้รับอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เกินปริมาณที่ได้รับอนุญาตไว้แล้ว

คือ.....

ณ สถานที่ทำการ คือ.....

ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย .....

ถนน ..... ตำบล/แขวง .....

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

โทรศัพท์ ..... โทรสาร .....

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

.....

ผู้อนุญาต

ใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ทันตกรรม/การสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง เลขที่.....

ปฏิบัติงาน ณ สถานพยาบาลชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย .....

ถนน ..... ตำบล/แขวง .....

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

โทรศัพท์ ..... โทรสาร .....

ขอสั่งจ่าย  ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒  วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ดังรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	ชื่อตัวยาสำคัญ	ชื่อการค้า	ความแรง	ขนาดการใช้	จำนวนที่สั่งจ่าย (ระบุหน่วยเป็น Amp, Vial, Tab, Cap, Patch ฯลฯ)
๑					
๒					
๓					
๔					
๕					

ให้แก่ (ชื่อผู้รับการรักษาหรือชื่อเจ้าของสัตว์ซึ่งรับการรักษา) .....

บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้ เลขที่ .....

ที่อยู่ เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....

รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ออกใบสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

๑. ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก
๒. ให้ผู้รับการรักษาหรือเจ้าของสัตว์ซึ่งรับรักษาส่งมอบต้นฉบับของเอกสารฉบับนี้ให้แก่สถานพยาบาลที่จ่ายยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์ตามใบสั่งจ่ายให้ และให้สถานพยาบาลที่จ่ายยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์เก็บรักษาเอกสารฉบับนี้ไว้ เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการจ่ายยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์
๓. ให้สถานพยาบาลที่สั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์เก็บรักษาสำเนาเอกสารฉบับนี้ไว้ เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการจ่ายยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์

ผู้รับอนุญาตจำหน่าย จะจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ให้แก่บุคคลภายนอกที่ไม่ใช่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยซึ่งตนให้การักษาได้ เฉพาะกรณีที่มีใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ จากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง แล้วแต่กรณี

ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา  
เรื่อง กำหนดแบบบัญชีและแบบรายงานเกี่ยวกับการดำเนินกิจการ  
จำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒  
พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดแบบบัญชีและแบบรายงานเกี่ยวกับการดำเนินกิจการจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๒๘ แห่งกฎกระทรวงการอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขานุการ อย. จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๒๘ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ผู้รับอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ จัดให้มีการทำบัญชีสำหรับกิจการที่ได้รับอนุญาตตามแบบท้ายประกาศนี้ ดังต่อไปนี้

(๑) กรณีการรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์ ให้ใช้ตามแบบ บ.ย.ส. ๒/ว.จ. ๒ - จ๑

(๒) กรณีการเป็นหน่วยกระจายยา ให้ใช้ตามแบบ บ.ย.ส. ๒/ว.จ. ๒ - จ๒

(๓) กรณีการวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์ และการป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ให้ใช้ตามแบบ บ.ย.ส. ๒/ว.จ. ๒ - จ๓

ผู้รับอนุญาตอาจจัดทำบัญชีแตกต่างจากแบบตามวรรคหนึ่งก็ได้ แต่อย่างน้อยต้องมีข้อมูลตามที่กำหนดไว้ในแบบ

ข้อ ๓ ให้ผู้รับอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ จัดให้มีการทำรายงานเกี่ยวกับการดำเนินกิจการที่ได้รับอนุญาตเป็นรายเดือนตามแบบท้ายประกาศนี้ ดังต่อไปนี้

(๑) กรณีการรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์ ให้ใช้ตามแบบ ร.ย.ส. ๒/ว.จ. ๒ - จ๑

(๒) กรณีการเป็นหน่วยกระจายยา ให้ใช้ตามแบบ ร.ย.ส. ๒/ว.จ. ๒ - จ๒

(๓) กรณีการวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์ และการป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ให้ใช้ตามแบบ ร.ย.ส. ๒/ว.จ. ๒ - จ๓

ข้อ ๔ ผู้รับอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ กรณีการรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์ ที่มีเหตุจำเป็นต้องจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ให้ผู้รับอนุญาตจำหน่ายกรณีการรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์รายอื่น หรือผู้รับอนุญาตจำหน่ายกรณี

การเป็นหน่วยกระจายยาในเครือข่ายเดียวกัน ให้รายงานผลการจำหน่ายทุกครั้งที่มีการจำหน่าย  
การรายงานให้ใช้ตามแบบ ร.ย.ส. ๒/ว.จ. ๒ - จ๑

ข้อ ๕ การยื่นรายงานเกี่ยวกับการดำเนินกิจการตามประกาศนี้ ให้ดำเนินการตามกฎหมาย  
ว่าด้วยการปฏิบัติราชการทางอิเล็กทรอนิกส์ ในกรณีที่มีเหตุไม่สามารถดำเนินการโดยวิธีการ  
ทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ ให้ดำเนินการ ณ กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา  
กระทรวงสาธารณสุข

ประกาศ ณ วันที่ ๔ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

สุรโชค ต่างวิวัฒน์

เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

บัญชีจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒  
กรณีการรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์

ประจำเดือน..... พ.ศ. ....

ชนิด (เลือกได้หนึ่งชนิด)  ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒  วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

ชื่อผู้รับอนุญาต..... ใบอนุญาตเลขที่.....

วัน เดือน ปี	ชื่อและความแรงของ ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒	ชื่อการค้า	เลขที่/รุ่นที่/ ครั้งที่ผลิต	ได้มาจาก	จำหน่ายให้		จำนวนยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒*			
					ชื่อ-นามสกุล ผู้รับยา	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/ หนังสือเดินทาง/บัตรประจำตัวอื่น ที่ทางราชการออกให้	ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ

(ลายมือชื่อ) ..... (ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต)  
(.....)

หมายเหตุ :  
(๑) \*ระบุหน่วยเป็นหน่วยย่อย เช่น ขวด กล่อง ampule vial เม็ด แคปซูล แผ่น ฯลฯ  
(๒) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

บัญชีจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

กรณีการเป็นหน่วยกระจายยา

ประจำเดือน.....พ.ศ.....

ชนิด (เลือกได้หนึ่งชนิด)  ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

ชื่อผู้รับอนุญาต.....ใบอนุญาตเลขที่.....

วัน เดือน ปี	ชื่อและความแรงของ ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒	ชื่อการค้า	เลขที่/รุ่นที่/ ครั้งที่ผลิต	ได้จาก	จำหน่ายให้		จำนวนยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒*							
					ชื่อผู้รับอนุญาต ผู้รับยา	ใบอนุญาตเลขที่	ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ				

(ลายมือชื่อ) ..... (ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต)

(.....)

หมายเหตุ :

(๑) \*ระบุหน่วยเป็นหน่วยย่อย เช่น ขวด กล่อง ampule vial เม็ด แคปซูล แผ่น ฯลฯ

(๒) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

บัญชีจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒  
กรณีการวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์  
และการป้องกันและปราบปรามการกระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติด

ประจำเดือน.....พ.ศ.....

ชนิด (เลือกได้หนึ่งชนิด)  ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒  วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

ชื่อผู้รับอนุญาต..... ใบอนุญาตเลขที่.....

วัน เดือน ปี	ชื่อและความแรงของ ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒	เลขที่/รุ่นที่/ ครั้งที่ผลิต	ชื่อผู้ผลิต/ แหล่งผลิต	ได้มาจาก	จำหน่ายให้		จำนวนยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒*					
					ชื่อผู้รับอนุญาต ผู้รับยา	ใบอนุญาตเลขที่	ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ		

(ลายมือชื่อ) ..... (ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต)  
(.....)

หมายเหตุ :  
(๑) \*ระบุหน่วยเป็นหน่วยย่อย เช่น ขวด กล่อง ampule vial เม็ด แคปซูล แผ่น ฯลฯ  
(๒) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

รายงานเกี่ยวกับการดำเนินการด้านกิจการจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒  
 กรณีการรักษาหรือป้องกันโรครักษาผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์

ประจำเดือน.....พ.ศ.....

ชนิด (เลือกได้หนึ่งชนิด)  ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒  วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

ชื่อผู้รับอนุญาต.....ใบอนุญาตเลขที่.....

วัน เดือน ปี	ชื่อและความแรงของยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒	ชื่อการค้า	เลขที่/รุ่นที่/ครั้งที่ผลิต (ถ้ามี)	ได้มาจาก	จำหน่ายให้	จำนวนของยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒			หน่วย*	หมายเหตุ**
						ยอดยกมา	รับ	จ่าย		

(ลายมือชื่อ) ..... (ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการใบอนุญาต)  
 (.....)

หมายเหตุ :  
 (๑) \*ระบุหน่วยเป็นหน่วยย่อย เช่น ขวด กล่อง ampule vial เม็ด แคปซูล แผ่น ฯลฯ  
 (๒) \*\*กรณีจำหน่ายให้สถานพยาบาลผู้รับอนุญาตจำหน่ายรายอื่นในกรณีมีเหตุจำเป็น ให้ระบุเหตุจำเป็นในช่องหมายเหตุ เช่น ยาชขาดชั่วคราว  
 (๓) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

รายงานเกี่ยวกับการดำเนินการดำเนินการจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

กรณีการเป็นหน่วยกระจายยา

ประจำเดือน.....พ.ศ.....

ชนิด (เลือกได้หนึ่งชนิด)  ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒  วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

ชื่อผู้รับอนุญาต.....ใบอนุญาตเลขที่.....

วัน เดือน ปี	ชื่อและความแรงของยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒	ชื่อการค้า	เลขที่/รุ่นที่/ครั้งที่ผลิต (ถ้ามี)	ได้มาจาก	จำหน่ายให้	จำนวนของยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒			หน่วย*	หมายเหตุ
						ยอดยกมา	รับ	จ่าย		

(ลายมือชื่อ) ..... (ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต)  
(.....)

หมายเหตุ :  
(๑) \*ระบุหน่วยเป็นหน่วยย่อย เช่น ขวด กล่อง ampule vial เม็ด แคปซูล แผ่น ฯลฯ  
(๒) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

รายงานเกี่ยวกับการดำเนินการจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒  
กรณีการวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์  
และการป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด

ประจำเดือน ..... พ.ศ. ....

ชนิด (เลือกได้หนึ่งชนิด)  ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒  วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

ชื่อผู้รับอนุญาต.....ใบอนุญาตเลขที่.....

วัน เดือน ปี	ชื่อและความแรงของ ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒	ชื่อการค้า (ถ้ามี)	เลขที่/รุ่นที่/ ครั้งที่ผลิต (ถ้ามี)	ได้มาจาก	จำหน่ายให้	จำนวนของยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒			หน่วย*	หมายเหตุ
						ยอดยกมา	รับ	จ่าย		

(ลายมือชื่อ) ..... (ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต)  
(.....)

หมายเหตุ :  
(๑) \*ระบุหน่วยเป็นหน่วยย่อย เช่น ขวด กล่อง ampule vial เม็ด แคปซูล แผ่น ฯลฯ  
(๒) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก