

เลขรับ.....

วันที่รับเรื่อง.....

**แบบคำขอตรวจประเมินสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามหลักเกณฑ์
วิธีการที่ดีทางเภสัชกรรม (GPP)**

ข้าพเจ้า ชื่อ-สกุล..... เป็นผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน
ชื่อร้านขายยา.....ใบอนุญาตเลขที่.....
ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....วัน เวลาทำการร้านยา.....
เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการชื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับการตรวจประเมินสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีทางเภสัชกรรม (GPP)
ตั้งแต่วันที่.....เป็นต้นไป โดยพร้อมให้ตรวจในทุกวัน ตามวันเวลาทำการ
ของร้านยา หรือตามวันเวลาที่พนักงานเจ้าหน้าที่นัดหมาย

พร้อมกันนี้ข้าพเจ้าได้ชำระค่าตรวจประเมินสถานที่ตามเกณฑ์ GPP จำนวน 3,000 บาท ไว้เรียบร้อยแล้ว

คำรับรอง

- ข้าพเจ้าได้เตรียมความพร้อมของร้านยาไว้ครบถ้วน ตามเกณฑ์ GPP แล้ว ตั้งแต่วันที่ยื่นแบบคำขอตรวจประเมิน
หากผลการตรวจประเมินพบว่า ไม่ผ่านเกณฑ์ GPP และประสงค์จะให้พนักงานเจ้าหน้าที่เข้าตรวจประเมินใหม่ ข้าพเจ้า
รับทราบว่าจะต้องยื่นคำขอตรวจประเมินและชำระค่าตรวจประเมินใหม่

- ข้าพเจ้ารับทราบว่า หากมีข้อผิดพลาด ข้อบกพร่อง ไม่เป็นไปตามข้อเท็จจริงที่ได้ยื่นคำขอ หรือไม่สอดคล้อง
ตามเงื่อนไขที่กฎหมาย/ผู้อนุญาตกำหนด หรือไม่มีการแก้ไขข้อบกพร่องตามที่เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจประเมินได้ให้ข้อสังเกต/
แนะนำจากการตรวจประเมิน หรือพบความไม่สอดคล้องในภายหลังนั้น จะไม่สามารถใช้ผลการตรวจประเมินดังกล่าว
ในการยื่นต่ออายุใบอนุญาตขายยาได้

ลงชื่อ.....ผู้รับอนุญาตขายยา

(.....)

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