



แบบบันทึกการตรวจสอบสถานที่ก่อนได้รับอนุญาตผลิต
(ที่มีใช้การปลูกหรือการปรุ้งยาสำหรับคนไข้เฉพาะราย)
ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ (เฉพาะกัญชา)

วันที่.....เดือน.....ปี.....

๑. คณะผู้ตรวจประเมิน

- ๑) ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....
- ๒) ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....
- ๓) ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....
- ๔) ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....
- ๕) ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

๒. ชื่อผู้ขอรับใบอนุญาต (นิติบุคคล / บุคคลธรรมดา).....

ซึ่งมีผู้ดำเนินการ ชื่อ

๓. โดยมีสถานที่ทำการ ชื่อสถานที่.....

ชื่ออาคาร.....ชั้น.....เลขที่ห้อง.....

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

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

๔. ปรากฏผลการตรวจสอบและบันทึกไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ	ข้อกำหนดที่ต้องตรวจสอบ	ผ่าน	ไม่ผ่าน	หมายเหตุ
๑	พื้นที่ผลิตและพื้นที่เก็บมีการควบคุมการเข้าถึงจากบุคคลภายนอก เช่น กุญแจล็อก มีกุญแจล็อกเปิด-ปิด เครื่องควบคุมผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์หรือบัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าออกพื้นที่			
๒	พื้นที่ผลิตและพื้นที่เก็บมีระบบเตือนภัยฉุกเฉิน เช่น สัญญาณเสียง สัญญาณไฟเตือนภัย หรือการแจ้งเตือนทางโทรศัพท์หรือข้อความ (SMS Alert)			
๓	กำหนดรายชื่อบุคคลผู้รับผิดชอบ พร้อมช่องทางติดต่อกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน			
๔	มีกล้องวงจรปิด (CCTV) ที่มีระบบบันทึกความจำ และสามารถสำรองไฟล์ข้อมูล (back-ups data) ในบริเวณที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ประตูทางเข้าออกสถานที่ผลิต หรือคลังเก็บวัตถุดิบ สารสกัดหรือตำรับยาที่มีกัญชาปรุ้งผสมอยู่			

เกณฑ์การประเมิน - ต้องผ่านในทุกหัวข้อ

๕. ผลการตรวจ

- ผ่านเกณฑ์
- ไม่ผ่านเกณฑ์ ในหัวข้อต่อไปนี้

.....

.....

๖. สรุปผลการตรวจสอบ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ในการตรวจครั้งนี้ พนักงานเจ้าหน้าที่ ที่มาทำการตรวจมิได้บังคับขู่เข็ญหรือทำร้ายร่างกายหรือทำให้ทรัพย์สินของผู้รับอนุญาตสูญหายหรือเสียหายหรือยึดเอามาเป็นส่วนตัวแต่อย่างใด อ่านให้ฟังแล้วขอรับรองว่าถูกต้องจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้รับการตรวจประเมิน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจประเมิน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจประเมิน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจประเมิน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจประเมิน
(.....)