

เลขรับที่ .....  
วันที่ .....  
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

ที่ปิดรูปถ่ายของ  
ผู้ขอรับใบอนุญาต  
หรือผู้ดำเนินการ  
ขนาด 1 นิ้ว

คำขอรับใบอนุญาต คำขอต้ออายุใบอนุญาต คำขอรับใบแทนใบอนุญาต  
ขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2

- ขอรับใบอนุญาต(กรณีรายใหม่)  
 ขอต้ออายุใบอนุญาตเลขที่..... ประจำปี พ.ศ. ....  
 ขอรับใบแทนใบอนุญาต เนื่องจากใบอนุญาต  สูญหาย  ถูกทำลายบางส่วนหรือลบบเลือนในสาระสำคัญ

เขียนที่ .....  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

1. วัตถุประสงค์ในการขอรับใบอนุญาต

- เพื่อบำบัดรักษาหรือป้องกันโรค  
 เพื่อประโยชน์ของทางราชการอย่างใดอย่างหนึ่ง (สำหรับหน่วยงานของรัฐ) ดังต่อไปนี้  
 ○ การบริหารวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ที่ใช้ในทางการแพทย์ของประเทศ  
 - ได้รับอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ใบอนุญาตเลขที่.....  
 - เอกสารแสดงความเป็นคู่สัญญากับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเพื่อการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 สัญญาเลขที่.....วันที่.....วันสิ้นสุดสัญญา.....  
 ○ การวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์  
 - ได้รับอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ใบอนุญาตเลขที่.....  
 ○ การป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์  
 - ได้รับอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ใบอนุญาตเลขที่.....  
 เพื่อขาย ตามที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ให้เป็นผู้ผลิตหรือนำเข้าซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2  
 - ได้รับอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ใบอนุญาตเลขที่.....  
 - เอกสารแสดงการมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข เลขที่หนังสือ.....

2. ข้อมูลผู้ขอรับใบอนุญาต

ข้าพเจ้า (ชื่อบุคคล/นิติบุคคล) .....

(กรณีเป็นสถานพยาบาลเอกชน : ให้ระบุชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์ และหากเป็นสถานพยาบาลของนิติบุคคลให้ระบุข้อความเพิ่มว่า เพื่อการดำเนินการของนิติบุคคลนั้น ดังนี้ “นาย ก. เพื่อการดำเนินการของบริษัท โรงพยาบาล .....จำกัด”)

บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ .....  
หรือทะเบียนนิติบุคคล / บัตรประจำตัวผู้เสียภาษี เลขที่.....  
อยู่เลขที่ ..... หมู่ที่.....ตรอก/ซอย ..... ถนน .....  
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....  
รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... โทรสาร..... E-mail .....

3. ข้อมูลผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการหรือดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต

ชื่อ .....  
บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ ..... อายุ .....ปี สัญชาติ .....  
อยู่เลขที่ ..... หมู่ที่.....ตรอก/ซอย ..... ถนน .....  
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....  
รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... โทรสาร..... E-mail .....

#### 4. ข้อมูลสถานที่ขาย

ณ สถานที่ชื่อ.....  
อยู่เลขที่ ..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย ..... ถนน .....  
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....  
รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... โทรสาร.....

#### 5. พร้อมกับคำขอขึ้นค่าเช่าเจ้าได้แนบเอกสารหรือหลักฐานต่างๆมาด้วย คือ

##### 5.1 กรณีขอรับใบอนุญาต (กรณีรายใหม่)

- (1) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับใบอนุญาต หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต
- (2) สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ขาย
- (3) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม ของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือนก่อนวันยื่นคำขอ
- (4) เอกสารหรือหลักฐานเพิ่มเติมดังนี้

##### (4.1) เพื่อการบำบัดรักษาหรือป้องกันโรค

###### ➤ กรณีสถานพยาบาลของรัฐ

- สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน

###### ➤ กรณีสถานพยาบาลเอกชน

- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรมหรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่งของผู้ขอรับใบอนุญาต
- สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. 7) หรือสำเนาใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์ (สส.3)
- สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ. 19) หรือสำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ (สส.4)
- สำเนาหนังสือรับรองแสดงการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคลซึ่งนายทะเบียนของกระทรวงพาณิชย์ออกไว้ไม่เกิน 6 เดือน กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่เป็นของนิติบุคคล (ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์)
- หนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการของนิติบุคคล กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่เป็นของนิติบุคคล (ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์)
- แผนที่แสดงที่ตั้งและแผนผังแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ของสถานพยาบาล
- รูปถ่ายสถานพยาบาลจำนวน 2 รูป (รูปที่ 1 แสดงลักษณะอาคาร รูปที่ 2 แสดงป้ายและเลขที่ของสถานที่ตั้ง)

##### (4.2) เพื่อการบริหารวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ที่ใช้ในทางการแพทย์ของประเทศ (สำหรับหน่วยงานของรัฐ)

- สำเนาใบอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
- เอกสารแสดงความเป็นคู่สัญญา กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเพื่อการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
- สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน
- หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาต
- แผนที่แสดงที่ตั้งและแผนผังแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ของสถานประกอบการ
- รูปถ่ายแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ของสถานประกอบการ จำนวน 1 รูป

##### (4.3) เพื่อการวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์(สำหรับหน่วยงานของรัฐ)

- สำเนาใบอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
- สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน
- หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาต

**(4.4) เพื่อการป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์(สำหรับหน่วยงานของรัฐ)**

- สำเนาใบอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
- สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน
- หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาต

**(4.5) เพื่อขาย ตามที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการวัตถุออกฤทธิ์  
ต่อจิตและประสาท ให้เป็นผู้ผลิตหรือนำเข้าซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2**

- สำเนาใบอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
- เอกสารแสดงการมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข
- สำเนาหนังสือรับรองแสดงการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคลซึ่งนายทะเบียนของกระทรวงพาณิชย์ออกไว้ไม่เกิน 6 เดือน  
กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นนิติบุคคล
- หนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินกิจการของนิติบุคคลผู้ขอรับใบอนุญาต กรณีผู้ขอรับใบอนุญาต  
เป็นนิติบุคคล
- แผนที่แสดงที่ตั้งและแผนผังแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ของสถานประกอบการ
- รูปถ่ายแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ของสถานประกอบการ จำนวน 1 รูป

**5.2 กรณีขอต่ออายุใบอนุญาต**

- (1) ใบอนุญาตฉบับเดิม
- (2) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม ของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการ  
เกี่ยวกับใบอนุญาต ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือนก่อนวันยื่นคำขอ

**5.3 กรณีขอรับใบแทนใบอนุญาต**

- (1) ใบแจ้งความ กรณีใบอนุญาตสูญหาย
- (2) ใบอนุญาต กรณีใบอนุญาตดังกล่าวถูกทำลายบางส่วนหรือลบเลือนในสาระสำคัญ
- (3) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม ของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการ  
เกี่ยวกับใบอนุญาต ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือนก่อนวันยื่นคำขอ

**ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความและเอกสารหรือหลักฐานทั้งหมดที่ยื่นเพื่อประกอบคำขอรับใบอนุญาตเป็นความจริงทุกประการ**

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้ขอรับใบอนุญาต/ผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการหรือดำเนินกิจการ  
(.....)

**หมายเหตุ:** (1) ให้ขีดเลือกข้อความในช่อง /  ให้ตรงตามที่ประสงค์จะดำเนินการ  
(2) รับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ

ตัวอย่างการกรอกคำขอต่ออายุใบอนุญาตขาย วจ.2 กรณีสถานพยาบาลเอกชน (นิติบุคคล)

แบบ ข.ว.จ. 2-1

เลขรับที่ .....  
วันที่ .....  
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

ที่ปิดรูปถ่ายของ  
ผู้ขอรับใบอนุญาต  
หรือผู้ดำเนินการ  
ขนาด 1 นิ้ว

คำขอรับใบอนุญาต คำขอต่ออายุใบอนุญาต คำขอรับใบแทนใบอนุญาต  
ขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2

- ขอรับใบอนุญาต (กรณีรายใหม่)  
 ขอต่ออายุใบอนุญาตเลขที่.....2/2561..... ประจำปี พ.ศ. ....2565.....  
 ขอรับใบแทนใบอนุญาต เนื่องจากใบอนุญาต  สูญหาย  ถูกทำลายบางส่วนหรือลบเลื่อนในสาระสำคัญ

เขียนที่ .....โรงพยาบาลสีห่าหมาก.....  
วันที่ .....28..... เดือน .....ตุลาคม..... พ.ศ. ...2564...

1. วัตถุประสงค์ในการขอรับใบอนุญาต

- เพื่อบำบัดรักษาหรือป้องกันโรค  
 เพื่อประโยชน์ของทางราชการอย่างใดอย่างหนึ่ง (สำหรับหน่วยงานของรัฐ) ดังต่อไปนี้  
○ การบริหารวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ที่ใช้ในทางการแพทย์ของประเทศ  
- ได้รับอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ใบอนุญาตเลขที่.....  
- เอกสารแสดงความเป็นคู่สัญญากับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเพื่อการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 สัญญาเลขที่.....วันที่.....วันสิ้นสุดสัญญา.....  
○ การวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์  
- ได้รับอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ใบอนุญาตเลขที่.....  
○ การป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์  
- ได้รับอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ใบอนุญาตเลขที่.....  
 เพื่อขาย ตามที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ให้เป็นผู้ผลิตหรือนำเข้าซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2  
- ได้รับอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ใบอนุญาตเลขที่.....  
- เอกสารแสดงการมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข เลขที่หนังสือ.....

2. ข้อมูลผู้ขอรับใบอนุญาต

ข้าพเจ้า (ชื่อบุคคล/นิติบุคคล) .....นายปัญญา สมานิติ.....  
.....เพื่อการดำเนินการของ บริษัท โรงพยาบาล สีห่าหมาก จำกัด.....  
(กรณีเป็นสถานพยาบาลเอกชน : ให้ระบุชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์ และหากเป็นสถานพยาบาลของนิติบุคคลให้ระบุชื่อความเพิ่มว่า เพื่อการดำเนินการของนิติบุคคลนั้น ดังนี้ “นาย ก. เพื่อการดำเนินการของ บริษัท โรงพยาบาล .....จำกัด”)  
บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ .....123450023888.....  
หรือทะเบียนนิติบุคคล / บัตรประจำตัวผู้เสียภาษี เลขที่ .....  
อยู่เลขที่ ...11..... หมู่ที่.....8..... ตรอก/ซอย .....ถาวร 1..... ถนน .....รามคำแหง.....  
ตำบล/แขวง .....หัวหมาก..... อำเภอ/เขต .....บางกะปิ..... จังหวัด .....กรุงเทพฯ.....  
รหัสไปรษณีย์ .....10240..... โทรศัพท์ .....070-4645465..... โทรสาร..... E-mail .....

3. ข้อมูลผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการหรือดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต

ชื่อ .....-.....  
บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ ..... อายุ .....ปี สัญชาติ .....  
อยู่เลขที่ ..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย ..... ถนน .....  
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....  
รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... โทรสาร..... E-mail .....

#### 4. ข้อมูลสถานที่ขาย

ณ สถานที่ชื่อ.....**โรงพยาบาลสีห่าหมาก**.....  
อยู่เลขที่ ...**113/133**..... หมู่ที่.....**1**..... ตรอก/ซอย .....**สุขสวัสดิ์**..... ถนน .....**ติวานนท์**.....  
ตำบล/แขวง .....**บางศรีเมือง**..... อำเภอ/เขต .....**เมืองนนทบุรี**..... จังหวัด .....**นนทบุรี**.....  
รหัสไปรษณีย์ .....**11000**..... โทรศัพท์ .....**02-6777777**..... โทรสาร.....**02-6777778**.....

#### 5. พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหรือหลักฐานต่างๆ มาด้วย คือ

##### 5.1 กรณีขอรับใบอนุญาต (กรณีรายใหม่)

(1) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับใบอนุญาต หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต

(2) สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ขาย

(3) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม ของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือนก่อนวันยื่นคำขอ

(4) เอกสารหรือหลักฐานเพิ่มเติม ดังนี้

##### (4.1) เพื่อการบำบัดรักษาหรือป้องกันโรค

###### ➤ กรณีสถานพยาบาลของรัฐ

- สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน

###### ➤ กรณีสถานพยาบาลเอกชน

- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรมหรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่งของผู้ขอรับใบอนุญาต
- สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. 7) หรือสำเนาใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์ (สส.3)
- สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ. 19) หรือสำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ (สส.4)
- สำเนาหนังสือรับรองแสดงการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ซึ่งนายทะเบียนของกระทรวงพาณิชย์ออกไว้ไม่เกิน 6 เดือน กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่เป็นของนิติบุคคล (ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์)
- หนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการของนิติบุคคล กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่เป็นของนิติบุคคล (ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์)
- แผนที่แสดงที่ตั้งและแผนผังแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ของสถานพยาบาล
- รูปถ่ายสถานพยาบาลจำนวน 2 รูป (รูปที่ 1 แสดงลักษณะอาคาร รูปที่ 2 แสดงป้ายและเลขที่ของสถานที่ตั้ง)

##### (4.2) เพื่อการบริหารวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ที่ใช้ในทางการแพทย์ของประเทศ (สำหรับหน่วยงานของรัฐ)

- สำเนาใบอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
- เอกสารแสดงความเป็นคู่สัญญา กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเพื่อการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
- สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน
- หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาต
- แผนที่แสดงที่ตั้งและแผนผังแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ของสถานประกอบการ
- รูปถ่ายแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ของสถานประกอบการ จำนวน 1 รูป

##### (4.3) เพื่อการวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์ (สำหรับหน่วยงานของรัฐ)

- สำเนาใบอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
- สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน
- หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาต

**(4.4) เพื่อการป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ (สำหรับหน่วยงานของรัฐ)**

- สำเนาใบอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
- สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน
- หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาต

**(4.5) เพื่อขาย ตามที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ให้เป็นผู้ผลิตหรือนำเข้าซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2**

- สำเนาใบอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
- เอกสารแสดงการมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข
- สำเนาหนังสือรับรองแสดงการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ซึ่งนายทะเบียนของกระทรวงพาณิชย์ออกไว้ไม่เกิน 6 เดือน กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นนิติบุคคล
- หนังสือแสดงว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินกิจการของนิติบุคคลผู้ขอรับใบอนุญาต กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นนิติบุคคล
- แผนที่แสดงที่ตั้งและแผนผังแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ของสถานประกอบการ
- รูปถ่ายแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ของสถานประกอบการ จำนวน 1 รูป

**5.2 กรณีขอต่ออายุใบอนุญาต**

- (1) ใบอนุญาตฉบับเดิม
- (2) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม ของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือนก่อนวันยื่นคำขอ

**5.3 กรณีขอรับใบแทนใบอนุญาต**

- (1) ใบแจ้งความ กรณีใบอนุญาตสูญหาย
- (2) ใบอนุญาต กรณีใบอนุญาตดังกล่าวถูกทำลายบางส่วนหรือลบเลื่อนในสาระสำคัญ
- (3) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม ของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือนก่อนวันยื่นคำขอ

**ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความและเอกสารหรือหลักฐานทั้งหมดที่ยื่นเพื่อประกอบคำขอรับใบอนุญาตเป็นความจริงทุกประการ**

(ลายมือชื่อ) ..... **ปัญญา สมาริตี**..... ผู้ขอรับใบอนุญาต/ผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการหรือดำเนินกิจการ  
(..... **นายปัญญา สมาริตี**.....)

**หมายเหตุ :** (1) ให้ขีดเลือกข้อความในช่อง /  ให้ตรงตามที่ประสงค์จะดำเนินการ

(2) รับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ

ตัวอย่างการกรอกคำขอต่ออายุใบอนุญาตขาย วจ.2 กรณีสถานพยาบาลเอกชน (บุคคลธรรมดา)

แบบ ข.ว.จ. 2-1

เลขรับที่ .....  
วันที่ .....  
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

ที่ปิดรูปถ่ายของ  
ผู้ขอรับใบอนุญาต  
หรือผู้ดำเนินการ  
ขนาด 1 นิ้ว

คำขอรับใบอนุญาต คำขอต่ออายุใบอนุญาต คำขอรับใบแทนใบอนุญาต  
ขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2

- ขอรับใบอนุญาต (กรณีรายใหม่)  
 ขอต่ออายุใบอนุญาตเลขที่.....3/2562..... ประจำปี พ.ศ. ....2565.....  
 ขอรับใบแทนใบอนุญาต เนื่องจากใบอนุญาต  สูญหาย  ถูกทำลายบางส่วนหรือลบเลื่อนในสาระสำคัญ

เขียนที่ .....คลินิกเวชกรรมเจ็ดแปดเก้า.....  
วันที่ .....28..... เดือน .....ตุลาคม..... พ.ศ. ...2564...

1. วัตถุประสงค์ในการขอรับใบอนุญาต

- เพื่อบำบัดรักษาหรือป้องกันโรค  
 เพื่อประโยชน์ของทางราชการอย่างใดอย่างหนึ่ง (สำหรับหน่วยงานของรัฐ) ดังต่อไปนี้  
○ การบริหารวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ที่ใช้ในทางการแพทย์ของประเทศ  
- ได้รับอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ใบอนุญาตเลขที่.....  
- เอกสารแสดงความเป็นคู่สัญญากับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเพื่อการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 สัญญาเลขที่.....วันที่.....วันสิ้นสุดสัญญา.....  
○ การวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์  
- ได้รับอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ใบอนุญาตเลขที่.....  
○ การป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์  
- ได้รับอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ใบอนุญาตเลขที่.....  
 เพื่อขาย ตามที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ให้เป็นผู้ผลิตหรือนำเข้าซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2  
- ได้รับอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ใบอนุญาตเลขที่.....  
- เอกสารแสดงการมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข เลขที่หนังสือ.....

2. ข้อมูลผู้ขอรับใบอนุญาต

ข้าพเจ้า (ชื่อบุคคล/นิติบุคคล) .....นายศีล สมาริปัญญา.....

(กรณีเป็นสถานพยาบาลเอกชน : ให้ระบุชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์ และหากเป็นสถานพยาบาลของนิติบุคคลให้ระบุชื่อความเพิ่มว่า เพื่อการดำเนินการของนิติบุคคลนั้น ดังนี้ “นาย ก.

เพื่อการดำเนินการของบริษัท โรงพยาบาล .....จำกัด”)

บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ .....1995000239999.....

หรือทะเบียนนิติบุคคล / บัตรประจำตัวผู้เสียภาษี เลขที่ .....

อยู่เลขที่ ...97..... หมู่ที่.....1..... ตรอก/ซอย ..... ถนน .....เอกาทศรถ.....

ตำบล/แขวง .....ในเมือง..... อำเภอ/เขต .....เมืองพิษณุโลก..... จังหวัด .....พิษณุโลก.....

รหัสไปรษณีย์ .....65000..... โทรศัพท์ .....079-5411154..... โทรสาร..... E-mail .....

3. ข้อมูลผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการหรือดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต

ชื่อ .....

บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ ..... อายุ .....ปี สัญชาติ .....

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

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

รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... โทรสาร..... E-mail .....

4. ข้อมูลสถานที่ขาย

ณ สถานที่ชื่อ.....**คลินิกเวชกรรมเจ็ดแปดเก้า**.....  
อยู่เลขที่ ...**183/17**..... หมู่ที่.....**10**..... ตรอก/ซอย ..... **บุญมี**..... ถนน ..... **รัตนธิเบศร์**.....  
ตำบล/แขวง ..... **บางรักน้อย**..... อำเภอ/เขต ..... **เมืองนนทบุรี**..... จังหวัด ..... **นนทบุรี**.....  
รหัสไปรษณีย์ ..... **11000**..... โทรศัพท์ ..... **02-6123321**..... โทรสาร..... **02-6123321**.....

5. พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหรือหลักฐานต่างๆ มาด้วย คือ

5.1 กรณีขอรับใบอนุญาต (กรณีรายใหม่)

(1) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับใบอนุญาต หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต

(2) สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ขาย

(3) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม ของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือนก่อนวันยื่นคำขอ

(4) เอกสารหรือหลักฐานเพิ่มเติม ดังนี้

(4.1) เพื่อการบำบัดรักษาหรือป้องกันโรค

➤ กรณีสถานพยาบาลของรัฐ

- สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน

➤ กรณีสถานพยาบาลเอกชน

- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรมหรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่งของผู้ขอรับใบอนุญาต
- สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. 7) หรือสำเนาใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์ (สส.3)
- สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ. 19) หรือสำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ (สส.4)
- สำเนาหนังสือรับรองแสดงการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ซึ่งนายทะเบียนของกระทรวงพาณิชย์ออกไว้ไม่เกิน 6 เดือน กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่เป็นของนิติบุคคล (ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์)
- หนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการของนิติบุคคล กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่เป็นของนิติบุคคล (ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์)
- แผนที่แสดงที่ตั้งและแผนผังแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ของสถานพยาบาล
- รูปถ่ายสถานพยาบาลจำนวน 2 รูป (รูปที่ 1 แสดงลักษณะอาคาร รูปที่ 2 แสดงป้ายและเลขที่ของสถานที่ตั้ง)

(4.2) เพื่อการบริหารวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ที่ใช้ในทางการแพทย์ของประเทศ (สำหรับหน่วยงานของรัฐ)

- สำเนาใบอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
- เอกสารแสดงความเป็นคู่สัญญา กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเพื่อการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
- สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน
- หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาต
- แผนที่แสดงที่ตั้งและแผนผังแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ของสถานประกอบการ
- รูปถ่ายแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ของสถานประกอบการ จำนวน 1 รูป

(4.3) เพื่อการวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์ (สำหรับหน่วยงานของรัฐ)

- สำเนาใบอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
- สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน
- หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาต



**(4.4) เพื่อการป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ (สำหรับหน่วยงานของรัฐ)**

- สำเนาใบอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
- สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน
- หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาต

**(4.5) เพื่อขาย ตามที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ให้เป็นผู้ผลิตหรือนำเข้าซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2**

- สำเนาใบอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
- เอกสารแสดงการมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข
- สำเนาหนังสือรับรองแสดงการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ซึ่งนายทะเบียนของกระทรวงพาณิชย์ออกไว้ไม่เกิน 6 เดือน กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นนิติบุคคล
- หนังสือแสดงว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการของนิติบุคคลผู้ขอรับใบอนุญาต กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นนิติบุคคล
- แผนที่แสดงที่ตั้งและแผนผังแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ของสถานประกอบการ
- รูปถ่ายแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ของสถานประกอบการ จำนวน 1 รูป

**5.2 กรณีขอต่ออายุใบอนุญาต**

- (1) ใบอนุญาตฉบับเดิม
- (2) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม ของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือนก่อนวันยื่นคำขอ

**5.3 กรณีขอรับใบแทนใบอนุญาต**

- (1) ใบแจ้งความ กรณีใบอนุญาตสูญหาย
- (2) ใบอนุญาต กรณีใบอนุญาตดังกล่าวถูกทำลายบางส่วนหรือลบเลื่อนในสาระสำคัญ
- (3) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม ของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือนก่อนวันยื่นคำขอ

**ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความและเอกสารหรือหลักฐานทั้งหมดที่ยื่นเพื่อประกอบคำขอรับใบอนุญาตเป็นความจริงทุกประการ**

(ลายมือชื่อ) .....**ศีล สมาริปัญญา**..... ผู้ขอรับใบอนุญาต/ผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการหรือดำเนินการ  
(.....**นายศีล สมาริปัญญา**.....)

**หมายเหตุ :** (1) ให้ขีดเลือกข้อความในช่อง /  ให้ตรงตามที่ประสงค์จะดำเนินการ

(2) รับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ