

## บันทึกการตรวจสถานที่ขยายยา

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันนี้เวลา.....น. อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๙๑ แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ.๒๕๑๐ แก้ไขเพิ่มเติมโดย  
 มาตรา ๓๑ แห่งพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ ๓) พ.ศ.๒๕๒๒ และมาตรา ๙๔ แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ.๒๕๑๐ พนักงาน  
 เจ้าหน้าที่ประกอบด้วย.....

ได้ทำการตรวจสถานที่ ชื่อ.....ประเภท.....

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

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

สถานที่ใกล้เคียง..... เขตสถานีตำรวจ..... โทร.....

ปรากฏผลดังนี้

๑. ชื่อผู้รับอนุญาต.....

ชื่อผู้ดำเนินการ.....

ใบอนุญาต..... เลขที่.....

ใบอนุญาต..... เลขที่.....

ใบอนุญาต..... เลขที่.....

๒. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ.....  ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม เลขที่ ภ..... ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะฯเลขที่.....  ใบรับรองการอบรมบุคลากร เลขที่.....

เวลาทำการ.....น.

ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ.....  ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม เลขที่ ภ..... ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะฯเลขที่.....  ใบรับรองการอบรมบุคลากร เลขที่.....

เวลาทำการ.....น.

๓. ผลการตรวจ

รายการที่ตรวจ	ผลการตรวจ	รายการที่ตรวจ	ผลการตรวจ
<b>๑ เอกสาร</b>		<b>๔. ผลិតภัณฑ์</b>	
๑.๑ มีใบอนุญาตถูกต้อง	<input type="checkbox"/> พบ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	๔.๑ ฉลากไม่ถูกต้อง	.....รายการ
๑.๒ มีใบประกอบโรคศิลปะ/ใบรับรองถูกต้อง	<input type="checkbox"/> พบ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	๔.๒ โฆษณาไม่ถูกต้อง	.....รายการ
๑.๓ จัดทำบัญชีซื้อขายตามกำหนด	<input type="checkbox"/> พบ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	๔.๓ ขยายยาเสื่อมคุณภาพ	<input type="checkbox"/> พบ <input type="checkbox"/> ไม่พบ
	<input type="checkbox"/> ครบถ้วน <input type="checkbox"/> ไม่ครบถ้วน	๔.๔ ขยายยาหมดอายุ	<input type="checkbox"/> พบ <input type="checkbox"/> ไม่พบ
๑.๔ จัดทำบัญชีขยายยาตามกำหนด	<input type="checkbox"/> พบ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	๔.๕ ขยายยาปลอม	<input type="checkbox"/> พบ <input type="checkbox"/> ไม่พบ
	<input type="checkbox"/> ครบถ้วน <input type="checkbox"/> ไม่ครบถ้วน	๔.๖ ขยายยาที่ไม่มีทะเบียนตำรับยา	<input type="checkbox"/> พบ <input type="checkbox"/> ไม่พบ
<b>๒. บุคลากร</b>		๔.๗ ขยายยาที่ถูกเพิกถอน/ยกเลิกทะเบียน	<input type="checkbox"/> พบ <input type="checkbox"/> ไม่พบ
๒.๑ ผู้มีหน้าที่ฯ ปฏิบัติการตามเวลาปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/> พบ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	๔.๘ ขยายยาชุด	<input type="checkbox"/> พบ <input type="checkbox"/> ไม่พบ
<b>๓. สถานที่/อุปกรณ์</b>		๔.๙ มียาไม่ตรงตามประเภท ใบอนุญาตไว้เพื่อขาย	<input type="checkbox"/> พบ <input type="checkbox"/> ไม่พบ
๓.๑ มีป้ายแสดงประเภทใบอนุญาต	<input type="checkbox"/> พบ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
๓.๒ มีป้ายชื่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/> พบ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
๓.๓ มีป้ายแสดงเวลาทำการ	<input type="checkbox"/> พบ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
<b>๕. อื่นๆ</b> .....			

๔. เก็บตัวอย่างยาเพื่อตรวจวิเคราะห์.....รายการ เพื่อประกอบการพิจารณา.....รายการ

๕. ยึด.....รายการ आयัด.....รายการ

๖. สรุปผลการตรวจ.....

.....

ในการตรวจครั้งนี้ พนักงานเจ้าหน้าที่มิได้ทำให้ทรัพย์สินที่อยู่ในสถานที่นี้สูญหายหรือเสียหายแต่อย่างใด ได้อ่านข้อความให้ฟังแล้ว ขอรับรองว่าถูกต้อง จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

(ลงชื่อ).....ผู้รับอนุญาต/ผู้แทน  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่  
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)