

แบบบันทึกการเฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางวิทยุ

1.หน่วยงานที่บันทึกข้อมูล..... วันที่ดำเนินการ.....	
2.หัวข้อเรื่อง.....	
3.ข้อมูลสื่อวิทยุ	
คลื่นความถี่.....MHz.....	ที่ตั้งสถานี.....
ช่วงเวลาที่ยื่นออกอากาศ.....
ชื่อสถานี.....
ชื่อรายการ.....	จุดที่รับฟัง.....
ชื่อผู้จัดรายการ.....
หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ.....
4.ข้อมูลผลิตภัณฑ์	
ชื่อผลิตภัณฑ์	ข้อมูลการขออนุญาตโฆษณา
หัวข้อโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์	<input type="radio"/> ไม่มี ใบอนุญาตโฆษณา
<input type="checkbox"/> ยา <input type="checkbox"/> อาหาร <input type="checkbox"/> เครื่องสำอาง <input type="checkbox"/> เครื่องมือแพทย์	<input type="radio"/> มี ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่.....
<input type="checkbox"/> วัตถุอันตราย	ข้อมูลอื่นเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์(เช่น เลขสารบบอาหาร, เลขที่
<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....	ใบอนุญาตผลิตภัณฑ์ , เลขที่ใบจดแจ้ง ฯลฯ)
.....
.....
5.ลักษณะการโฆษณา	
<input type="checkbox"/> สปอตโฆษณาผลิตภัณฑ์ <input type="checkbox"/> โฆษณาผลิตภัณฑ์โดยผู้จัดรายการ <input type="checkbox"/> โฆษณาผลิตภัณฑ์โดยการสัมภาษณ์ผู้มีประสบการณ์ใช้	
<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	
6.เนื้อหาโฆษณา / ข้อความที่สงสัย	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

ผู้บันทึกข้อมูล

ชื่อ..... ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

E-mail โทรศัพท์มือถือ.....

แบบบันทึกการเฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่ออื่นในพื้นที่

1. หน่วยงานที่บันทึกข้อมูล..... วันที่ดำเนินการ.....

2. หัวข้อเรื่อง.....

3. ข้อมูลสื่อ

ประเภทสื่อ

เคเบิลทีวี เครื่องขยายเสียง สื่อสิ่งพิมพ์ท้องถิ่น อื่นๆ (ระบุ)

ชื่อผู้ประกอบการสื่อ.....

ที่ตั้งสื่อ.....

4. ข้อมูลผลิตภัณฑ์

ชื่อผลิตภัณฑ์

ข้อมูลการขออนุญาตโฆษณา

หัวข้อโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์

ไม่มี ใบอนุญาตโฆษณา

ยา อาหาร เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์

มี ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่.....

วัตถุอันตราย

ข้อมูลอื่นเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์(เช่น เลขสารบบอาหาร, เลขที่

อื่นๆ (ระบุ).....

ใบอนุญาตผลิตภัณฑ์ , เลขที่ใบจดแจ้ง ฯลฯ)

5. เนื้อหาโฆษณา / ข้อความที่สงสัย

.....

6. สถานที่พบการโฆษณา

.....

ผู้บันทึกข้อมูล

ชื่อ..... ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

E-mail โทรศัพท์มือถือ.....

โปรดแนบ CD บันทึก file เสียง หรือเอกสาร/ภาพ ที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาผลิตภัณฑ์มาด้วย

แบบรายงานสภาพปัญหาการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..... ประจำปีเดือน..... พ.ศ.....

ชื่อ-สกุล ผู้รายงาน โทร. e-mail

ที่	ชื่อ ที่อยู่ ผู้ประกอบการ/ ผู้โฆษณา	ชื่อยี่ห้อ/ ประเภทสื่อที่ใช้ โฆษณา	วันและเวลา ออกอากาศ/ เผยแพร่โฆษณา	ชื่อ ผลิตภัณฑ์	เลขทะเบียน ผลิตภัณฑ์ (ถ้ามี)	ชื่อ ที่อยู่ ผู้ผลิต	สาระสำคัญของ ข้อความโฆษณา	ความผิด ตาม พ.ร.บ.	การดำเนินการ				หมายเหตุ	
									เรียก ผู้ประกอบการ มาชี้แจง	แจ้งระดับ การโฆษณา	ดำเนินการ/ เปรียบเทียบ ปรับ	ส่งเรื่องให้ กสทช. ดำเนินการ*		
1														
2														

หมายเหตุ:

- หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ นางสาวภัทรพร ทองพูล (ศรป.) เบอร์โทรศัพท์ 0-2590-7410 และนางอรุณญา เทพพิทักษ์ (กอง คบ.) เบอร์โทรศัพท์ 0-2590-7398
- ส่งรายงานทาง e-mail : kb@fda.moph.go.th และสำเนาถึง sccfda@gmail.com
- ส่งเรื่องให้ กสทช. ดำเนินการ* ในกรณีสื่อวิทยุกระจายเสียงและเคเบิลทีวี