

คู่มือสำหรับประชาชน: การขออนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

1. ชื่อกระบวนการ: การขออนุญาตขายเครื่องมือแพทย์
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - 1) พ.ร.บ. เครื่องมือแพทย์ พ.ศ.2551
 - 2) กฎกระทรวงกำหนดค่าธรรมเนียมเกี่ยวกับเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2552
 - 3) กฎกระทรวง การขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2555
 - 4) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ฎงบรรจุโลหิต พ.ศ. 2556
 - 5) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชุดตรวจที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี
 - 6) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ผลิตภัณฑ์ที่มีสมบัติหนืดสำหรับใช้ในกระบวนการผ่าตัดตา พ.ศ. 25547
 - 7) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดป้ายแสดงสถานที่ผลิต สถานที่นำเข้า สถานที่ขายหรือสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์
 - 8) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุโรคที่ต้องห้ามสำหรับผู้ขอจดทะเบียนสถานประกอบการ และผู้ขออนุญาตขายเครื่องมือแพทย์
 - 9) ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง กำหนดแบบตามกฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2555
6. ระดับผลกระทบ: บริการที่มีความสำคัญด้านเศรษฐกิจ/สังคม
7. พื้นที่ให้บริการ: ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง กำหนดระยะเวลาการปฏิบัติราชการเพื่อบริการประชาชนพ.ศ. 2557
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 15 วันทำการ

9. ข้อมูลสถิติ

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0

จำนวนค่าขอที่มากที่สุด 0

จำนวนค่าขอที่น้อยที่สุด 0

10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน การขออนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

11. ช่องทางการให้บริการ

- 1) **สถานที่ให้บริการ** ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ชั้น 3 ตึกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ 379/114 ก ถนนโนนม่วง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ 36000 โทรศัพท์ 0 4483 6826 – 9 ต่อ 301 , 302 / ติดต่อด้วยตนเอง ณ OSSC
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)

12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ผู้ใดประสงค์จะขายเครื่องมือแพทย์ ดังนี้

- (1) ชุดตรวจที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี
- (2) ฤๅบรจจุโลหิต
- (3) ผลิตภัณฑ์ที่มีสมบัติเหน็ดสำหรับใช้ในกระบวนผ่าตัดตา (ข้อมูล ณ วันที่ 1 พฤษภาคม 2558)

จะต้องได้รับใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ โดยให้ยื่นคำขออนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ต่อผู้อนุญาตหน้าที่ของผู้ยื่นคำขอ / ผู้มาติดต่อ ต้องปฏิบัติ

1. ต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และศึกษาข้อมูลรายละเอียดเอกสารหลักฐาน ตลอดจนข้อกำหนดตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือแพทย์ที่จะยื่นคำขอฯ อย่างเข้าใจ ชัดเจน
2. ต้องจัดทำและจัดเตรียมเอกสารหลักฐานตามข้อกำหนดของแบบคำขอ
3. สามารถตรวจสอบเอกสารและให้ข้อมูลรายละเอียดของเครื่องมือแพทย์ที่ประสงค์จะยื่นคำขอตามแบบตรวจรับคำขอ
4. สามารถชี้แจงให้ข้อมูลรายละเอียดเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือแพทย์ที่ประสงค์จะยื่นคำขอต่อเจ้าหน้าที่ได้อย่างเข้าใจ ชัดเจน ครบถ้วน

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

| ที่ | ประเภทขั้นตอน | รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลาให้บริการ | ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ | หมายเหตุ |
|-----|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) | การตรวจสอบเอกสาร | <p>(1) ผู้ยื่นคำขอติดต่อเจ้าหน้าที่ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ สสจ.ชัยภูมิ</p> <p>(2) เจ้าหน้าที่พิจารณาและตรวจสอบเอกสารให้ถูกต้องครบถ้วน ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไข</p> <p>(3) ชำระค่าธรรมเนียมคำขอ ที่ห้องการเงิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ</p> <p>(4) ผู้ยื่นคำขอนำใบเสร็จรับเงินมารับใบคำขอที่ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ สสจ.ชัยภูมิ</p> <p>(5) เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและจัดทำบันทึกเสนอกลุ่มกำกับดูแลเพื่อตรวจสอบสถานที่</p> | 6 ชั่วโมง | ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ สสจ.ชัยภูมิ | <p>(กรณีคำขอไม่ถูกต้องหรือเอกสารไม่ครบถ้วน เจ้าหน้าที่แจ้งผู้ยื่นคำขอแก้ไขหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมในขณะนั้น หากผู้ยื่นคำขอไม่สามารถแก้ไขหรือยื่นเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมได้ในขณะนั้น เจ้าหน้าที่ทำบันทึกความบกพร่องและรายการเอกสารหรือหลักฐานที่จำเป็นต้องยื่นเพิ่มเติมพร้อมทั้งกำหนดระยะเวลาที่ผู้ยื่นคำขอจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือยื่นเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมไว้ในแบบบันทึกความบกพร่อง โดยเจ้าหน้าที่และผู้ยื่นคำขอลงนามไว้ใน</p> |

| ที่ | ประเภทขั้นตอน | รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลาให้บริการ | ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ | หมายเหตุ |
|-----|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | | บันทึกนั้น และมอบสำเนาบันทึกความบกพร่องดังกล่าวให้กับผู้ยื่นคำขอ) |
| 2) | การตรวจสอบเอกสาร | เจ้าหน้าที่รับเรื่อง/ตรวจสถานที่/พร้อมแจ้งผู้ประกอบการให้แก้ไขสถานที่/แบบแปลนให้ถูกต้อง | 10 วันทำการ | ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ สสจ.ชัยภูมิ | (การตรวจสถานที่พิจารณาจากภาพถ่าย กรณีมีข้อสงสัยจะดำเนินการตรวจจากสถานที่จริง) |
| 3) | การพิจารณา | (1) เจ้าหน้าที่ตรวจผลสถานที่พร้อมบันทึกข้อมูลและออกไปอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ (2) หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบความถูกต้อง | 2 วันทำการ | ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ สสจ.ชัยภูมิ | - |
| 4) | การลงนาม | เจ้าหน้าที่เสนอเพื่อลงนามในใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ ตามลำดับ | 2 วันทำการ | ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ สสจ.ชัยภูมิ | - |
| 5) | - | ผู้ยื่นคำขอนำใบคำขอมาแสดงกับเจ้าหน้าที่ ณ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ สสจ.ชัยภูมิ/ชำระค่าธรรมเนียมใบอนุญาต และผู้ยื่นคำขอนำใบเสร็จ | 1 ชั่วโมง | ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ สสจ.ชัยภูมิ | (ระยะเวลาขึ้นกับการดำเนินการของผู้ยื่นคำขอ) |

| ที่ | ประเภทขั้นตอน | รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลาให้บริการ | ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ | หมายเหตุ |
|-----|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|----------|
| | | รับเงินค่าธรรมเนียมฯ มา ขอรับใบอนุญาตขาย เครื่องมือแพทย์จากเจ้าหน้าที่ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์ สุขภาพเบ็ดเสร็จ สสจ. ชัยภูมิ | | | |

ระยะเวลาดำเนินการรวม 15 วันทำการ

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว 0 วันทำการ

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

| ที่ | รายการเอกสารยืนยันตัวตน | หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร | จำนวนเอกสารฉบับจริง | จำนวนเอกสารสำเนา | หน่วยนับเอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|-------------------------|----------------------------|---------------------|------------------|----------------|----------------------------|
| 1) | หนังสือรับรองนิติบุคคล | กรมพัฒนาธุรกิจการค้า | 0 | 1 | ชุด | (ออกมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน) |

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

| ที่ | รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม | หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร | จำนวนเอกสารฉบับจริง | จำนวนเอกสารสำเนา | หน่วยนับเอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|----------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------|------------------|----------------|----------|
| 1) | แบบตรวจรับคำขออนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ | ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ สสจ.ชัยภูมิ | 1 | 0 | ฉบับ | - |
| 2) | ใบควบคุมกระบวนการงานการออกใบอนุญาต | ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ สสจ. | 1 | 0 | ฉบับ | - |

| ที่ | รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม | หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร | จำนวน เอกสาร ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร สำเนา | หน่วยนับ เอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | ขายเครื่องมือ แพทย์ | ชัยภูมิ | | | | |
| 3) | คำขอใบอนุญาต ขายเครื่องมือ แพทย์ (แบบ ข.พ. 1) | ศูนย์บริการ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เบ็ดเสร็จ สสจ. ชัยภูมิ | 1 | 0 | ฉบับ | - |
| 4) | รูปถ่ายของผู้ ดำเนินกิจการ | - | 3 | 0 | ชุด | (ขนาด 3x4 ซม. (ขนาด 1 นิ้ว) จำนวน 3 รูป (รูป ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน) พร้อมเขียน ชื่อ-นามสกุล และ ชื่อนิติบุคคล ตัว บรรจง ด้านหลัง รูปถ่าย) |
| 5) | หนังสือรับรอง การจดทะเบียน นิติบุคคลพร้อม ระบุนิติบุคคล เกี่ยวกับการค้า เครื่องมือแพทย์ | กรมพัฒนาธุรกิจ การค้า | 0 | 1 | ชุด | ((ออกไม่เกิน 6 เดือน) และต้องมี เลขที่ตั้งตรงกับที่ ระบุในคำขอ อนุญาตขายและ สถานที่จริง) |
| 6) | หนังสือมอบ อำนาจแต่งตั้ง และแต่งตั้งผู้ ดำเนินกิจการ ของนิติบุคคล | ศูนย์บริการ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เบ็ดเสร็จ สสจ. ชัยภูมิ | 1 | 0 | ชุด | (ติดอากรแสตมป์ 30 บาท และ ประทับตรา) |
| 7) | บัตรประจำตัว ประชาชนและ | กรมการปกครอง | 0 | 1 | ชุด | (1. ของผู้มอบและ รับมอบอำนาจ |

| ที่ | รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม | หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร | จำนวน เอกสาร ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร สำเนา | หน่วยนับ เอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | ทะเบียนบ้าน | | | | | พร้อมรับรอง สำเนาถูกต้อง 2. กรณีเป็นคน ต่างชาติหรือคน ต่างด้าวเตรียม เอกสารเพิ่มเติม - สำเนาหนังสือ เดินทาง (Passport) หรือ ใบสำคัญ ประจำตัวคนต่าง ด้าว (ที่ยังไม่ หมดอายุ) - สำเนา ใบอนุญาตการ ทำงาน (work permit) - สำเนา ทะเบียนที่ระบุ สถานที่ทำงานตรง ตาม work permit) |
| 8) | ใบรับรองแพทย์ ของผู้ดำเนิน กิจการฉบับจริง | - | 1 | 0 | ชุด | (ตรวจมาไม่เกิน 1 เดือน นับจากวันที่ ตรวจจนถึงวันที่ มายื่นคำขอ) |
| 9) | แผนที่ตั้งของ สถานที่ขาย เครื่องมือแพทย์ และสถานที่เก็บ | ศูนย์บริการ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เบ็ดเสร็จ สสจ. ชัยภูมิ | 2 | 0 | ชุด | - |

| ที่ | รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม | หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร | จำนวน เอกสาร ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร สำเนา | หน่วยนับ เอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | รักษาเครื่องมือ แพทย์ | | | | | |
| 10) | แผนผังภายใน สถานที่ขาย เครื่องมือแพทย์ และสถานที่เก็บ รักษาเครื่องมือ แพทย์ | ศูนย์บริการ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เบ็ดเสร็จ สสจ. ชัยภูมิ | 2 | 0 | ชุด | (พร้อมระบุมาตรา ส่วนให้ชัดเจน และตรงตาม สถานที่จริง) |
| 11) | รูปภาพสถานที่ ขายเครื่องมือ แพทย์ และ สถานที่เก็บรักษา เครื่องมือแพทย์ | ศูนย์บริการ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เบ็ดเสร็จ สสจ. ชัยภูมิ | 2 | 0 | ชุด | - |
| 12) | คำรับรองขนาด ป้ายของสถานที่ ขายเครื่องมือ แพทย์ และ สถานที่เก็บรักษา เครื่องมือแพทย์ | ศูนย์บริการ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เบ็ดเสร็จ สสจ. ชัยภูมิ | 2 | 0 | ชุด | (ตามประกาศ กระทรวง สาธารณสุข เรื่อง กำหนดป้ายแสดง สถานที่ผลิต สถานที่นำเข้า สถานที่ขายหรือ สถานที่เก็บรักษา เครื่องมือแพทย์) |
| 13) | สำเนาทะเบียน บ้านของสถานที่ ขาย/เก็บรักษา เครื่องมือแพทย์ ทุกแห่งที่ระบุใน แบบคำขอ ข.พ. 1 | กรมการปกครอง | 0 | 1 | ชุด | ((1) กรณีสถานที่ เก็บรักษา เครื่องมือแพทย์อยู่ คนละแห่ง ให้เพิ่ม สำเนาทะเบียน ของสถานที่เก็บ รักษาด้วย |

| ที่ | รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม | หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร | จำนวน เอกสาร ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร สำเนา | หน่วยนับ เอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | | | (2) ใช้ ประกอบการ บันทึกข้อมูลใน ระบบสารสนเทศ) |
| 14) | หนังสือมอบ อำนาจให้เป็นผู้ ยื่นคำขอหรือ ติดต่อกับ สำนักงาน คณะกรรมการ อาหารและยา | ศูนย์บริการ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เบ็ดเสร็จ สสจ. ชัยภูมิ | 1 | 0 | ชุด | (กรณีและผู้ขอจด ทะเบียน หรือ ผู้ดำเนินการไม่ สามารถมาติดต่อ ด้วยตัวเอง) |
| 15) | บัตรประจำตัว ประชาชนและ ทะเบียนบ้าน | กรมการปกครอง | 0 | 1 | ชุด | (กรณีและผู้ขอจด ทะเบียน หรือ ผู้ดำเนินการไม่ สามารถมาติดต่อ ด้วยตัวเอง) |
| 16) | หนังสือยินยอม ให้ใช้สถานที่เพื่อ เก็บรักษา เครื่องมือแพทย์ | - | 1 | 0 | ชุด | (กรณีมีสถานที่ เก็บรักษา เครื่องมือแพทย์ซึ่ง ไม่ใช่สถานที่ของ ตนเอง) |
| 17) | หลักฐานแสดง ความเป็นเจ้าของ ของสถานที่เก็บ รักษาเครื่องมือ แพทย์ ถ้าเป็น สำเนาให้รับรอง สำเนาถูกต้อง และประทับตรา | - | 1 | 0 | ชุด | (กรณีมีสถานที่ เก็บรักษา เครื่องมือแพทย์ซึ่ง ไม่ใช่สถานที่ของ ตนเอง) |

16. ค่าธรรมเนียม

1) ค่าขออนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

ค่าธรรมเนียม 100 บาท (หนึ่งร้อยบาทถ้วน)

หมายเหตุ (ชำระค่าธรรมเนียมที่งานการเงิน ชั้น 2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ตั้งแต่เวลา 08.30-15.30 น. โดยมีระยะเวลาที่ใช้ในการชำระค่าธรรมเนียม 15 นาที)

2) ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

ค่าธรรมเนียม 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)

หมายเหตุ (ชำระค่าธรรมเนียมที่งานการเงิน ชั้น 2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ตั้งแต่เวลา 08.30-15.30 น. โดยมีระยะเวลาที่ใช้ในการชำระค่าธรรมเนียม 15 นาที)

17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข ชั้น 3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ 379/114 ก ถนนโนนม่วง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ 36000 โทรศัพท์ 0 4483 6826 – 9 ต่อ 301 , 302
- 2) ศูนย์ดำรงธรรมจังหวัดชัยภูมิ ศาลากลางจังหวัดชัยภูมิ ชั้น 2 อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ 36000 โทรศัพท์ 0 4481 1573 สายด่วน 1567
- 3) ศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ศรป.) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (ชั้น 1 อาคาร A ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000) หรือ โทรศัพท์หมายเลข 0 2590 7354-55, โทรสาร 0 25901556, สายด่วน 1556 หรือ E-mail: 1556@fda.moph.go.th
- 4) ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
หมายเหตุ (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- 1) ป้ายแสดงสถานที่ขายและเก็บรักษาเครื่องมือแพทย์
- 2) หนังสือมอบอำนาจและแต่งตั้งเป็นผู้ดำเนินกิจการ
- 3) หนังสือมอบอำนาจเป็นผู้ยื่น
- 4) ใบรับรองแพทย์

- 5) แผนที่ แผนผังของสถานที่ขายและสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์
- 6) รูปถ่ายสถานที่ขายและสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์
- 7) ขั้นตอนการยื่นคำขออนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

19. หมายเหตุ

การนับระยะเวลา เริ่มนับระยะเวลาดั้งแต่การยื่นเอกสารที่ครบถ้วน ไม่รวมระยะเวลาของผู้ประกอบการ
แก้ไขปรับปรุงสถานที่หรือส่งเอกสารเพิ่มเติม

วิธีการยื่นคำขอเกี่ยวกับการขออนุญาตขายเครื่องมือแพทย์



