

แบบฟอร์มชุดรูปถ่ายสถานที่ขายส่งยาแผนปัจจุบัน

ชื่อร้าน / บริษัท.....

ที่ตั้ง.....

➤ อาคารพาณิชย์ / ตึกแถว

- ถ่ายรูปภายนอกอาคาร ให้เห็นครบทุกชั้น

➤ อาคาร สำนักงาน / สถานที่ขออนุญาต

- ถ่ายรูปภายนอกอาคาร ให้เห็นภาพรวมของสถานที่

๑.ภาพลักษณะของอาคารสถานที่ขออนุญาต

➤ ป้ายชื่อ สถานที่/ เลขที่ตั้ง

- ถ่ายรูปบริเวณหน้า สถานที่ ให้เห็นป้ายชื่อสถานที่ พร้อมทั้งเลขที่ตั้งสถานที่ให้ชัดเจนจากภายนอกอาคาร

๒.ด้านหน้าสถานที่ (ป้าย,เลขที่)

ชื่อร้าน / บริษัท.....
ที่ตั้ง.....

➤ ถ่ายรูปบริเวณ “ สำนักงานที่ขออนุญาต ”

พื้นที่ขนาดไม่น้อยกว่า ๘ ตรม.

๓. บริเวณสำนักงานขออนุญาต

➤ ถ่ายรูปบริเวณ “ หน้าห้องเก็บยา ”

พร้อมติดป้ายระบุ “ห้องเก็บยา” ขนาดมองเห็นชัดเจน ใช้วัสดุมั่นคงถาวร

๔. บริเวณห้องเก็บยา

ชื่อร้าน / บริษัท.....
ที่ตั้ง.....

➤ “พื้นที่เก็บสำรองยา” ต้องมีป้ายระบุ เป็นป้ายถาวรและไม่ชำรุดได้ง่าย

ลักษณะภายในบริเวณพื้นที่เก็บสำรองยา..

- พื้นที่ไม่น้อยกว่า ๘ ตรม.
- มีเครื่องปรับอากาศควบคุมอุณหภูมิภายในห้องเก็บยา
- สามารถจัดเป็นตู้ หรือชั้นวางยา พาเลทวางยา โดยต้องไม่วางยาสัมผัสกับพื้นโดยตรง
- เป็นห้องทึบ ไม่โดนแสงแดดส่องกระทบถึงผลิตภัณฑ์
- ไม่มีวัสดุที่ก่อให้เกิดฝุ่น และความชื้น (เช่น ห้องน้ำ อ่างล้างมือ ม่าน มู่ลี่ มุ้งลวด)
- ไม่มีการประกอบกิจกรรมอื่นภายในห้องเก็บยา เช่น โต๊ะเก้าอี้ทำงาน โต๊ะประชุม โซฟานั่งรับรอง

๕. บริเวณ “พื้นที่ห้องเก็บสำรองยา”

➤ ป้ายแสดงสถานที่ประกอบการ

- สถานที่ขายส่งยาแผนปัจจุบัน

สีพื้นป้ายสีน้ำเงิน ตัวอักษรสีขาว ขนาดตัวอักษรสูงไม่น้อยกว่า ๓ เซนติเมตร ขนาดป้ายไม่น้อยกว่า ๒๐x๗๐ เซนติเมตร (กว้างxยาว)

➤ ป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

- สีพื้นป้ายสีน้ำเงิน ตัวอักษรสีขาว ขนาดตัวอักษรสูงไม่น้อยกว่า ๓ เซนติเมตร ขนาดป้ายไม่น้อยกว่า ๒๐x๕๐ เซนติเมตร (กว้างxยาว)

- ระบุ นาย/นาง/นางสาว ชื่อ-สกุล ด้านหลังนามสกุลตามด้วย ภ.บ.

- ด้านหน้า ชื่อ-สกุล ดิฉัน/ดิฉันผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (รูปสี่ ๔x๖ นิ้ว) สวมเสื้อกาวน์สีขาว ที่มีระบุคำว่า “เภสัชกร” และมีตราสภาเภสัชกรรม

- ด้านล่างรูปภาพ แสดงเลขที่ใบประกอบ “ ภ. xxxx “ ขนาดสูงไม่น้อยกว่า ๓ เซนติเมตร

*** ตำแหน่งการแสดงป้ายติดบริเวณที่มองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอกอาคาร***

๖. ป้ายแสดงสถานที่ประกอบการ และป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....
ที่ตั้ง.....

- กรณีมียาที่ต้องเก็บรักษาอุณหภูมิ ๒-๘ องศาเซลเซียส

๗. ตู้เย็น หรือ ห้องเย็น

- ถังดับเพลิง ขนาดบรรจุไม่น้อยกว่า ๔ กิโลกรัม จัดวางในบริเวณที่เหมาะสม โดยติดตั้งสูงจากพื้นไม่เกินกว่า ๑.๕๐ เมตร และสามารถใช้งานได้สะดวก
- กรณีสถานที่ตั้งอยู่ในอาคารห้างสรรพสินค้า หรือ อาคารสำนักงาน สามารถใช้การอ้างอิงระบบป้องกันอัคคีภัย และอุปกรณ์ดับเพลิงของอาคารได้ เช่น รูปถ่ายสายยางดับเพลิง(Fire hose) หรือ ระบบกระจายน้ำดับเพลิงอัตโนมัติ (sprinklers)

๘. อุปกรณ์สำหรับดับเพลิง

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

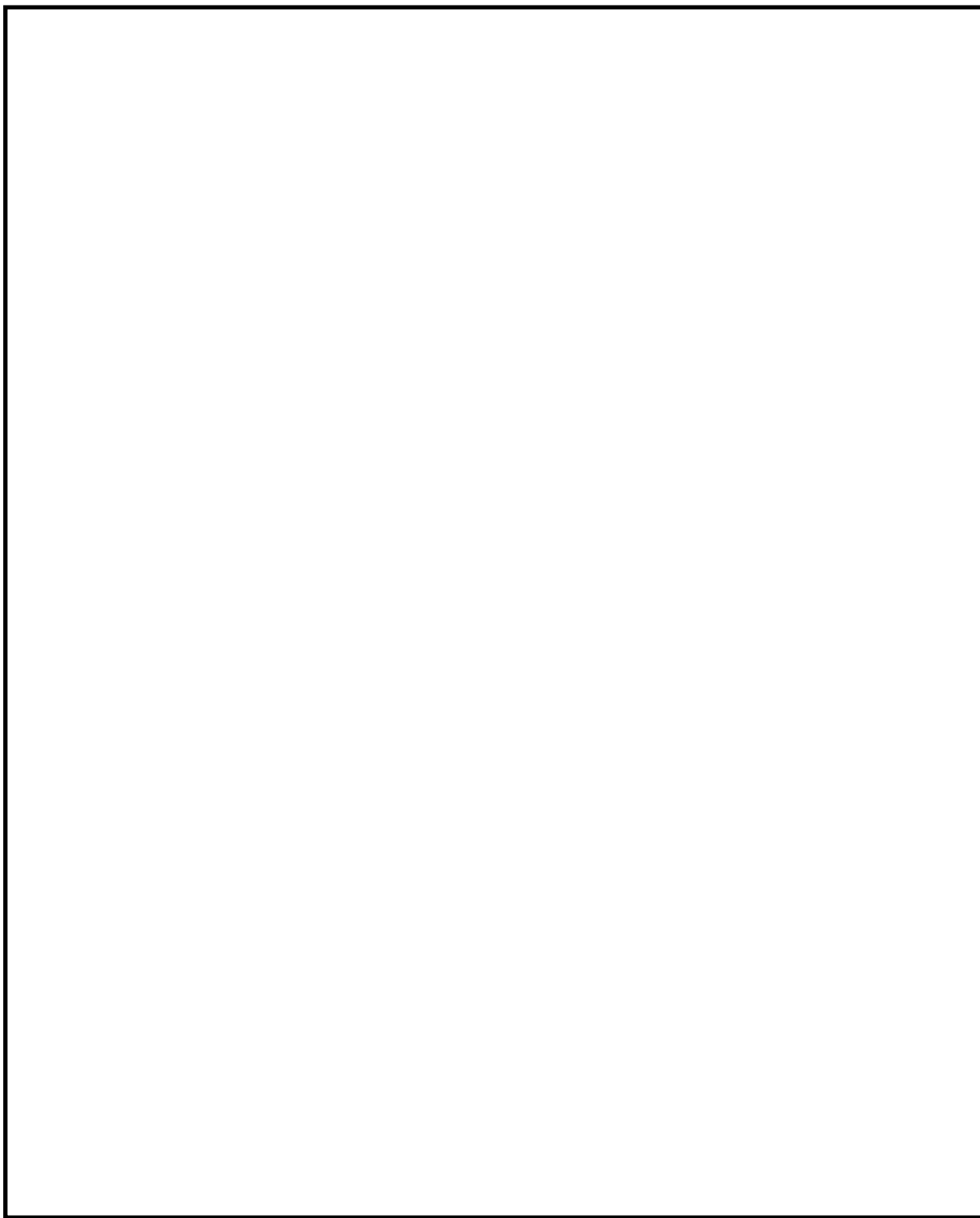
ชื่อร้าน / บริษัท.....
ที่ตั้ง.....

➤ รูปถ่ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ สวมเสื้อกาวน์สีขาว บนเสื้อมีระบุคำว่า “เภสัชกร” และมีตราสภาเภสัชกรรม
โดยยืนคู่กับป้ายสถานที่ประกอบกร และป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ณ สถานที่ขออนุญาต

๙.เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (สวมเสื้อกาวน์สีขาว ติดเครื่องหมายสัญลักษณ์ของสภาเภสัชกรรม พร้อมป้ายแสดง
บนเสื้อมีว่าเป็นเภสัชกร)

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

แผนผังภายในของสถานที่.....
ที่ตั้ง.....

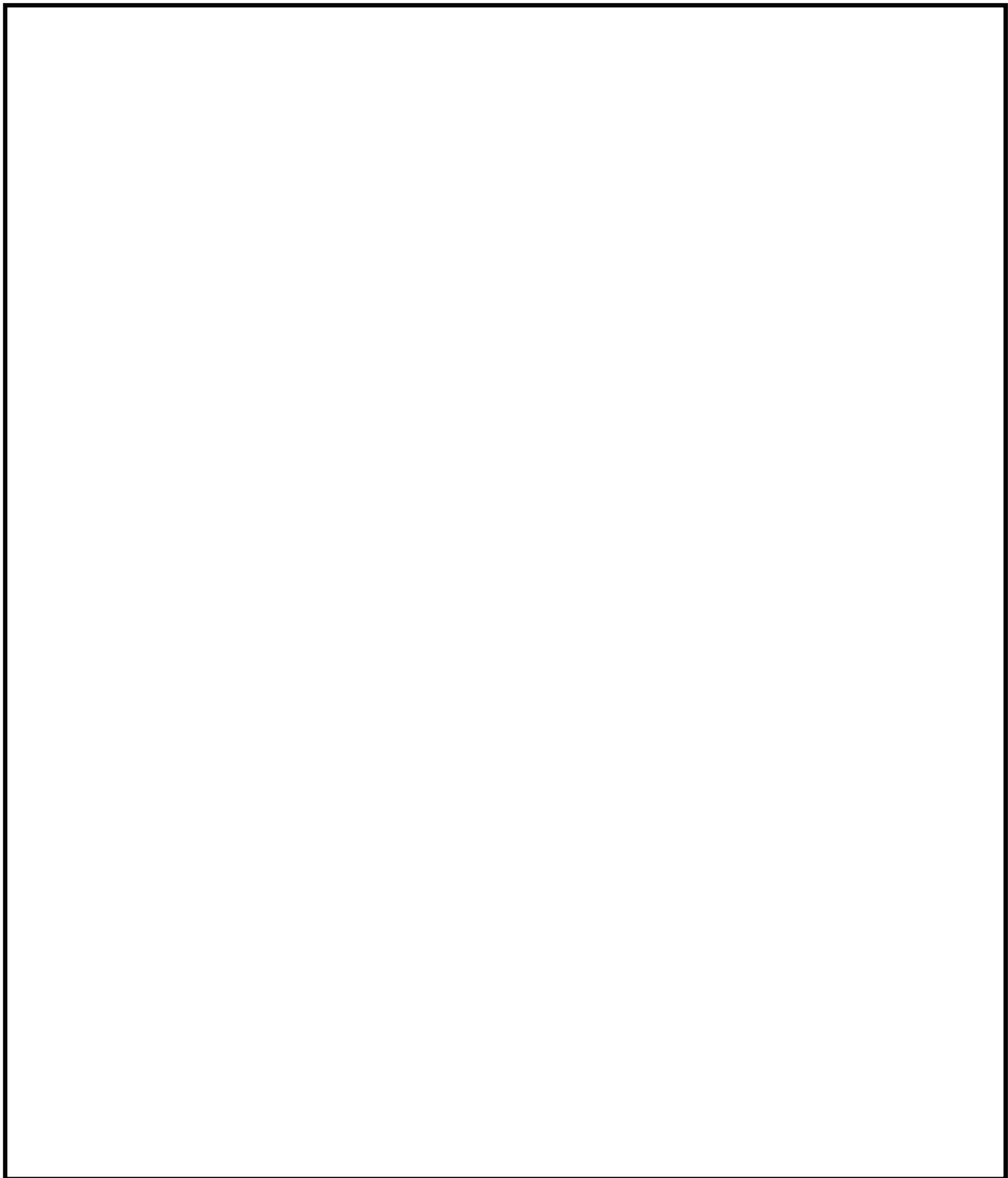


หมายเหตุ : ระบุรายละเอียดพื้นที่สถานที่ขออนุญาต (บริเวณสำนักงาน / ห้องเก็บยา)

หากขาด ต้องลงหมึก

ขอรับรองว่าเป็นความจริง
ลงชื่อ.....

แผนที่ตั้งของสถานที่.....
ที่ตั้ง.....



หมายเหตุ : ระบุเส้นทางรายละเอียด ถนน/ ซอย ให้เห็นชัดเจน และจุดสังเกตใกล้เคียง
หากขาด ต้องลงหมึก

ขอรับรองว่าเป็นความจริง
ลงชื่อ.....