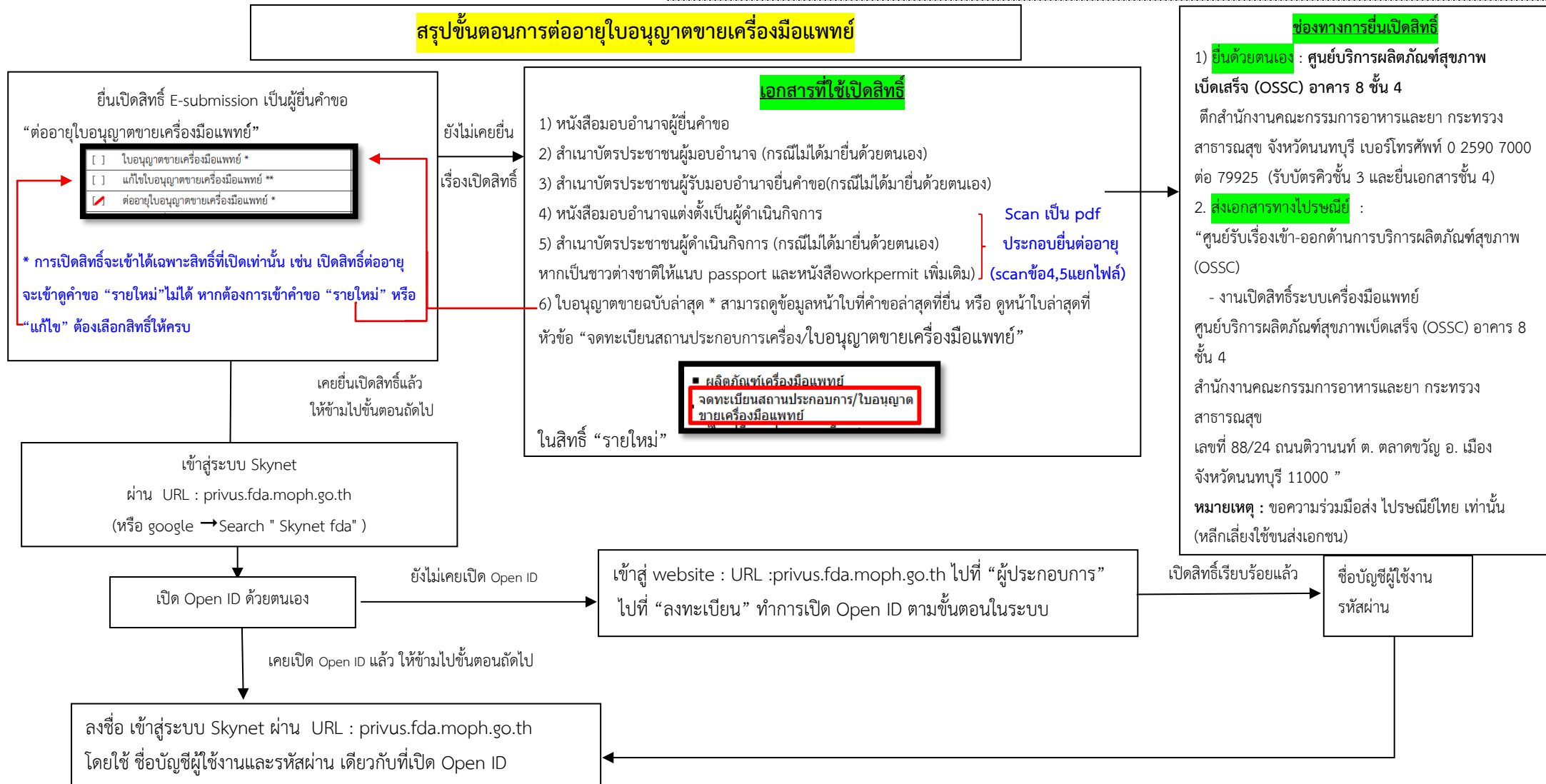
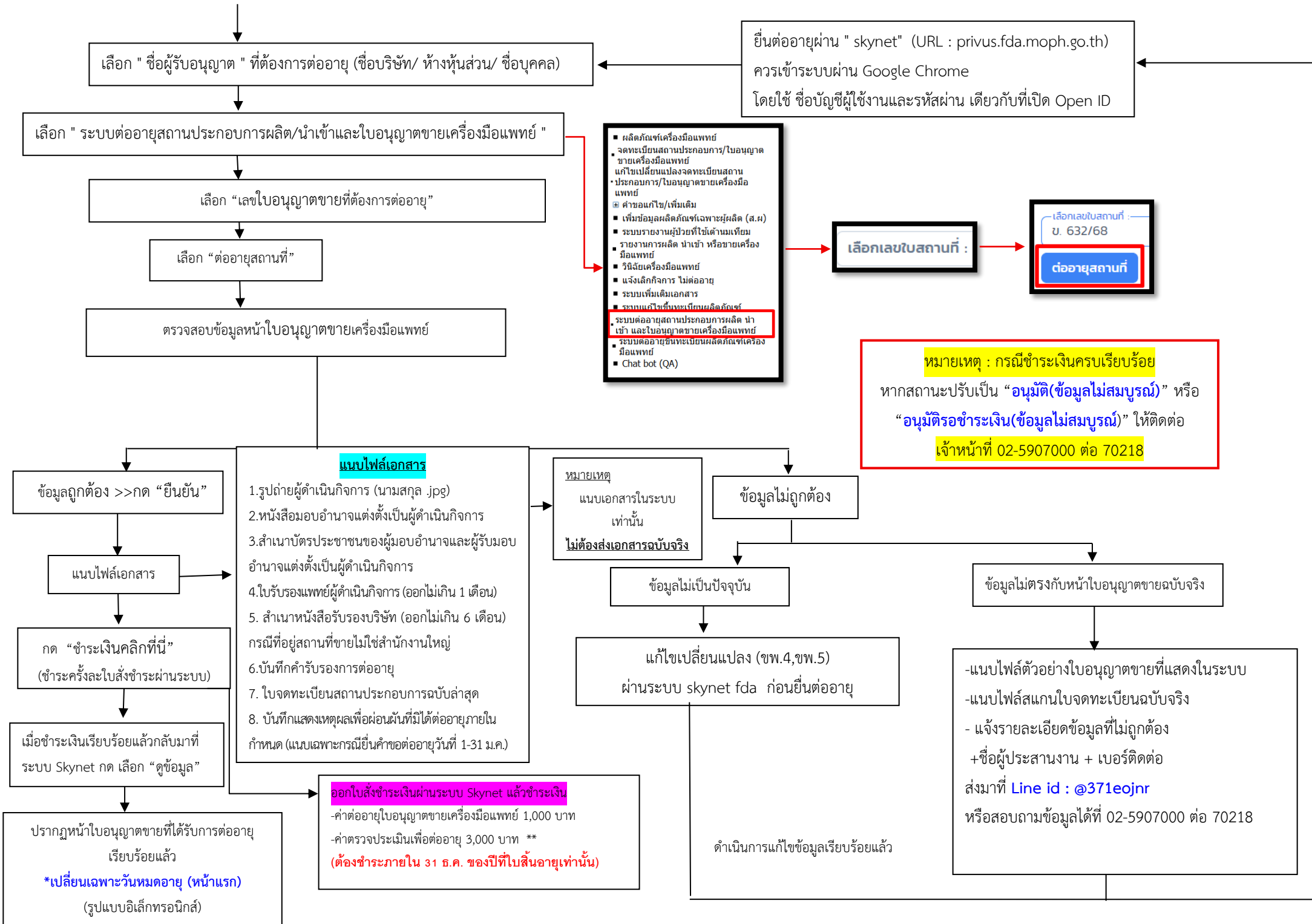


- เริ่มต่ออายุได้ตั้งแต่ 1 ต.ค. - 31 ธ.ค. ของปีที่สิ้นอายุใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์
- ยื่นคำขอต่ออายุและขอผ่อนผันโดยแสดงเหตุผลในการที่มีได้ยื่นคำขอต่ออายุภายในกำหนด ได้ตั้งแต่ 1 ม.ค. - 31 ม.ค. ของปีถัดไปนับจากวันที่ใบสิ้นอายุ (ปรับเป็นรายวันวันละ 1,000 บาทตลอดเวลาที่ยังไม่ได้ยื่นคำขอต่ออายุ)



สามารถศึกษารายละเอียดคู่มือการต่ออายุได้ที่ website ของกองควบคุมเครื่องมือแพทย์ (<https://medical.fda.moph.go.th/>) หัวข้อ งานสถานที่ >>ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ >>ต่ออายุ



เอกสารที่ใช้ในการยื่นเปิดสิทธิ์ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ (ต่ออายุ)

ลำดับ	เอกสารที่ใช้	คำอธิบายเกี่ยวกับเอกสาร
1.	หนังสือมอบอำนาจแต่งตั้งเป็นผู้ดำเนินการ (ฉบับจริงส่งมาเพื่อเปิดสิทธิ์และ สแกนไฟล์นามสกุล pdf เก็บไว้เพื่อใช้แนบเป็นหลักฐานการต่ออายุในระบบ Skynet)	ตัวจริงหนังสือมอบอำนาจแต่งตั้งผู้ดำเนินการเกี่ยวกับการขออนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ ^ก พร้อมรับรองสำเนา และประทับตราบริษัท (ถ้ามี) กรณีบุคคลธรรมดาต้องจัดทำหนังสือมอบอำนาจแต่งตั้งผู้ดำเนินการเช่นเดียวกัน โดยท่านจะต้องสแกนเพื่อใช้แนบในระบบ โดยเก็บไว้ในรูปแบบไฟล์ PDF
2.	สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจแต่งตั้งเป็นผู้ดำเนินการ สแกนไฟล์นามสกุล pdf เก็บไว้เพื่อใช้แนบเป็นหลักฐานการต่ออายุในระบบ Skynet 	หมายเหตุ 1. ติดอากรแสตมป์ 30 บาท 2. กรณีบุคคลต่างชาติเป็นผู้ดำเนินการจะต้องส่งสำเนาหนังสือเดินทาง (passport) และสำเนาหนังสือรับรองการทำงาน (work permit) เพื่อใช้ประกอบการทำฐานข้อมูลในระบบ 3. สำเนาหนังสือรับรองการทำงาน (work permit) ของผู้ดำเนินการจะต้องมีชื่อนายจ้างเป็นชื่อเดียวกับชื่อบริษัทที่รับอนุญาต 4. กรณีผู้ดำเนินการเป็นกรรมการผู้มีอำนาจลงนามทำการยื่นเอกสารด้วยตนเองกับเจ้าหน้าที่ให้แนบเฉพาะหนังสือมอบอำนาจผู้ดำเนินการเท่านั้น ผู้ดำเนินการ = ผู้ที่มีชื่อในหน้าใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ * หากประสงค์เปลี่ยนผู้ดำเนินการจะต้องเตรียมเอกสาร แบบ ขพ.5 เพื่อเปลี่ยนแปลงผู้ดำเนินการก่อนที่จะทำการต่ออายุต่อไป
3.	หนังสือมอบอำนาจเป็นผู้ยื่นคำขอ (ฉบับจริง) (กรณีผู้ดำเนินการยื่นเองไม่ต้องจัดทำ)	- เป็นหนังสือที่กรรมการผู้มีอำนาจลงนามตามหนังสือรับรองบริษัทแต่งตั้งให้เป็นผู้ยื่นเอกสารการต่ออายุใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์
4.	สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจเป็นผู้ยื่นคำขอ (กรณีไม่ได้ดำเนินการด้วยตนเอง)	
5.	หนังสือรับรองบริษัท (ออกไม่เกิน 6 เดือน) หรือ ใบทะเบียนพาณิชย์ (กรณีบุคคลธรรมดา)	ไม่ต้องแนบเอกสารหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล (กรณีนิติบุคคล) กับเจ้าหน้าที่ เนื่องจากเจ้าหน้าที่จะดึงข้อมูลจากกรมพัฒนาธุรกิจการค้ามาตรวจสอบเองไม่ต้องยื่นเอกสาร ยกเว้น 1.ที่อยู่สถานที่ ขายเครื่องมือแพทย์ ของใบที่ต้องการต่ออายุอยู่ในหนังสือรับรองบริษัทใน รูปแบบสาขา ไม่ใช่สำนักงานใหญ่ ให้แนบหลักฐานเพิ่มเติมแก่เจ้าหน้าที่ โดย สแกนไฟล์นามสกุล pdf เก็บไว้เพื่อใช้แนบเป็นหลักฐานการต่ออายุในระบบ Skynet)
6.	สำเนาใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ (ครบทุกหน้า)	เพื่อให้เจ้าหน้าที่เช็คความถูกต้อง



ช่องทางการยื่นเปิดสิทธิ์

- 1) ยื่นด้วยตนเอง : ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ (OSSC) อาคาร 8 ชั้น 4
ตึกสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี เบอร์โทรศัพท์ 0 2590 7000 ต่อ 79925 (รับบัตรคิวชั้น 3 และยื่นเอกสารชั้น 4)
2. ส่งเอกสารทางไปรษณีย์ :
“ศูนย์รับเรื่องเข้า-ออกด้านการบริการผลิตภัณฑ์สุขภาพ (OSSC)
- งานเปิดสิทธิ์ระบบเครื่องมือแพทย์
ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ (OSSC) อาคาร 8 ชั้น 4
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข
เลขที่ 88/24 ถนนติวานนท์ ต. ตลาดขวัญ อ. เมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 ”
หมายเหตุ : ขอความร่วมมือส่ง ไปรษณีย์ไทย เท่านั้น (หลีกเลี่ยงใช้ขนส่งเอกชน)

เมื่อเจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารตัวจริงและตรวจสอบ
ความถูกต้องเรียบร้อยแล้ว จะทำการเปิดสิทธิ์เพื่อเข้าไปใช้
งานต่ออายุในระบบ

2.การกรอกหนังสือมอบอำนาจแต่งตั้งเป็นผู้ยื่นคำขอ

การยื่นต่ออายุ
ใบอนุญาตขาย
เครื่องมือแพทย์
ผู้มีอำนาจจะต้อง
เป็นกรรมการ
ผู้มีอำนาจลงนาม
เท่านั้น

ตัวอย่างการกรอกหนังสือมอบอำนาจ

****เอกสารนี้ไม่ต้องแนบตอนยื่นเอกสาร****

เขียนที่..... ชื่อบริษัท.....
วันที่..... เดือน..... ปี.....
(ชื่อนิติบุคคล/บุคคลธรรมดา)

โดยหนังสือฉบับนี้..... ชื่อบริษัท.....

เลขทะเบียนนิติบุคคล/ทะเบียนพาณิชย์..... เลขนิติแจ้ง 13 หลัก.....

ในฐานะ ☐ 1. กรรมการผู้มีอำนาจในการลงชื่อผูกพันบริษัท (การยื่นจดทะเบียนสถานประกอบการ/ใบอนุญาตขาย/ใบอนุญาตโฆษณา/การรับรองระบบคุณภาพการผลิตเครื่องมือแพทย์จะต้องเป็นกรรมการผู้มีอำนาจลงนามเท่านั้น)

โดยมี..... ชื่อของกรรมการผู้มีอำนาจ..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน/เลข work permit..... เลขบัตรของผู้มอบอำนาจ.....
และ..... ชื่อของกรรมการผู้มีอำนาจ หากไม่มีให้ขีด * - *..... (กรณีกรรมการมีมากกว่า 1 คน) เลขบัตรประจำตัวประชาชน/เลข work permit..... เลขบัตรของผู้มอบอำนาจ..... หากไม่มีให้ขีด * - *

หรือ ☐ 2. ผู้ดำเนินการ

โดยมี (นาย/นาง/นางสาว)..... ชื่อของผู้ดำเนินการ.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน/เลข work permit..... เลขบัตรของผู้ดำเนินการ.....

ขอมอบอำนาจและแต่งตั้งให้ (นาย/นาง/นางสาว)..... ชื่อผู้รับมอบอำนาจ.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... เลขบัตรประชาชนของ..... โทรศัพท์มือถือ (สำหรับติดตามสถานะ)..... E-mail.....

☐ กรณียังไม่ได้รับใบจดทะเบียนสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์

☐ กรณีได้รับใบจดทะเบียนสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์

เลขที่ใบจดทะเบียน..... เลข สน./สน..... ชื่อสถานประกอบการ..... ชื่อบริษัท/ร้านค้า.....

เป็นผู้มีอำนาจ ในการเข้าใช้ระบบสารสนเทศ กองควบคุมเครื่องมือแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในกิจกรรมดังต่อไปนี้ ได้แก่
สำหรับรายการที่มี * ** ต้องใช้หนังสือมอบอำนาจแต่งตั้งผู้ดำเนินการแนบด้วย

☐ จดทะเบียนสถานประกอบการ (รายใหม่) *	☐ ขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์/จัดประเภทความเสี่ยงและกลุ่มเครื่องมือแพทย์/ผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์เพื่อการส่งออก (ผอ.1 และ ผอ.2)
☐ แก้ไขใบจดทะเบียนสถานประกอบการ **	☐ ผ่อนผันการผลิต/นำเข้าตามมาตรา 27
☐ ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการ *	☐ ใบอนุญาตโฆษณาเครื่องมือแพทย์ *
☐ ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ *	☐ แจ้งโฆษณาโดยตรงต่อผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์
☐ แก้ไขใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ **	☐ หนังสือรับรองการส่งออกเครื่องมือแพทย์ (CFS/COM/COE/COO)
☐ ต่ออายุใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ *	☐ การรับรองระบบคุณภาพการผลิตเครื่องมือแพทย์
☐ วินิจฉัยเครื่องมือแพทย์	☐ การรับรองระบบคุณภาพการผลิตเครื่องมือแพทย์
☐ ประเมินเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ *	☐ รายงานผลิตภัณฑ์

จำนวน..... กิจกรรม การมอบอำนาจดังกล่าวนี้ให้ใช้ได้ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... วันที่มอบอำนาจ..... พ.ศ.....

ถึงวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... (ไม่เกิน 1 ปี นับตั้งแต่วันที่มอบอำนาจ)

ข้าพเจ้าขอให้สัญญาว่ากระทำการใด ๆ ที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายใต้เงื่อนไขของหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้ ให้ถือเป็นเหมือนหนึ่งว่าข้าพเจ้าได้กระทำการนั้นด้วยตัวข้าพเจ้าเองทุกประการ และหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้เป็นการมอบอำนาจให้เฉพาะเพื่อดำเนินการตามที่ระบุไว้ข้างต้นเท่านั้น จึงได้ลงลายมือชื่อต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ..... กรณีผู้มีอำนาจมีมากกว่า 1 คน..... ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ..... บังคับกรอก..... ผู้มอบอำนาจ
(..... ลงชื่อผู้มอบอำนาจ)

ลงชื่อ..... บังคับกรอก..... ผู้รับมอบอำนาจ
(..... ลงชื่อผู้รับมอบอำนาจเป็นผู้ยื่นคำขอ)

ลงชื่อ..... บังคับกรอก..... พยาน
(.....)

ลงชื่อ..... บังคับกรอก..... พยาน
(.....)

ติดอากร
แสตมป์
๓๐ บาท

ประทับ
ตราบริษัท
(ถ้ามี)

หมายเหตุ : * ต้องแนบหนังสือมอบอำนาจแต่งตั้งผู้ดำเนินการร่วมด้วย

** แนบหนังสือมอบอำนาจแต่งตั้งผู้ดำเนินการ เฉพาะกรณีเปลี่ยนแปลงผู้ดำเนินการ(คนใหม่)

หนังสือรับรอง

ขอรับรองว่าบริษัท ได้จดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ตามประกาศกระทรวงพาณิชย์

เมื่อวันที่ 11 เมษายน 2563 ทะเบียนนิติบุคคลเลขที่ 0115550000000

หากผู้ขอทราบในรายละเอียดเอกสารทะเบียนนิติบุคคล กรุณาออกหนังสือส่งถึง

1. ชื่อบริษัท บริษัท.....

2. กรรมการผู้มีอำนาจ : ตามรายชื่อต่อไปนี้

1. นายสมศักดิ์ ใจดี 2. นายสมคิด ใจดี 3. นายสมหมาย ใจดี

3. จำนวนหนังสือกรรมการซึ่งออกโดยบริษัทได้มี..... กรรมการลงนามลงลายมือชื่อ

และประทับตราสำคัญของบริษัท

4. ตัวอย่างหนังสือรับรองบริษัท (กรณีนิติบุคคล)



สำนักงานทะเบียนหุ้นส่วนบริษัท
กรมพัฒนาธุรกิจการค้า

หนังสือรับรอง

ขอรับรองว่าบริษัท ได้จดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ เมื่อวันที่ **11 เมษายน 2563** ทะเบียนนิติบุคคลเลขที่ **0115550000000** มีรายละเอียดข้อมูลในรายการตามเอกสารทะเบียนนิติบุคคล ณ วันออกหนังสือนี้ ดังนี้

- ชื่อบริษัท **บริษัท เอ จำกัด** | จำกัด
- กรรมการของบริษัทมี **3** คน ตามรายชื่อต่อไปนี้
 - นางสมศรี ใจดี
 - นายสมคิด ใจดี
 - นายสมหมาย ใจดี
- จำนวนหรือชื่อกรรมการซึ่งลงชื่อผูกพันบริษัทได้คือ **กรรมการสองคนลงลายมือชื่อ และประทับตราสำคัญของบริษัท**
- ทุนจดทะเบียน **5,000,000.00 บาท / ห้าล้านบาทถ้วน**
- สำนักงานใหญ่ ตั้งอยู่เลขที่ **9999 ถนน ดิวนนท์ ตำบล ตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี**
- วัตถุที่ประสงค์ของบริษัทมี **25** ข้อ ดังปรากฏในสำเนาเอกสารแนบท้ายหนังสือรับรองนี้ จำนวน **2** แผ่น โดยมีลายมือชื่อนายทะเบียนซึ่งรับรองเอกสารและประทับตราสำนักงานทะเบียนหุ้นส่วนบริษัทเป็นสำคัญ

ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.
(ออกไม่เกิน 6 เดือน)



บริษัท เอ จำกัด
(ตราประทับบริษัท)

สำเนาถูกต้อง

.....
(นายสมคิด ใจดี)

สำเนาถูกต้อง

.....
(นางสมศรี ใจดี)

กรรมการ 2 คนลงลายมือชื่อ และประทับตราบริษัท ตามเงื่อนไขข้อ 3 ตามตัวอย่างข้างต้น

คำเตือน : ผู้ใช้ควรตรวจสอบข้อความตรงตามหนังสือรับรองฉบับนี้ทุกครั้ง



กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์
Department of Business Development
Ministry of Commerce
โทร. 02 528 7600

"จัดพิมพ์ โดยใช้สีน้ำเงิน" *Green Services*
สายด่วน 1570 www.dbd.go.th

จัดพิมพ์ เมื่อเวลา 15:23 น.

ข้อสังเกต กรรมการผู้มีอำนาจลงนามแทนนิติบุคคลต้องตรงตามที่ระบุในหนังสือรับรองนิติบุคคล

(15) ประกอบกิจการค้า ยา อารักขาโรค เกล็ดเลือด เกล็ดเลือด เครื่องมือแพทย์ เครื่องมือเครื่องใช้ทางวิทยาศาสตร์ ปุ๋ย ยาปราบศัตรูพืช ยาฆ่าหญ้าและสัตว์ทุกชนิด

เอกสารที่ใช้ในการยื่นต่ออายุใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ ผ่านระบบ SKYNET FDA (ไม่ต้องส่งเอกสารฉบับจริง)

ลำดับ	เอกสารที่ใช้	คำอธิบายเกี่ยวกับเอกสาร	ดาวน์โหลดเอกสาร
1.	รูปถ่ายผู้ดำเนินการ (นามสกุล .jpg)	รูปถ่ายผู้ดำเนินการ นามสกุล .jpg โดยเป็นรูปถ่ายครึ่งตัว สุภาพ หน้าตรง พื้นหลังไม่ใช่สีขาว(crop เฉพาะหน้าผู้ดำเนินการเท่านั้น)	สามารถศึกษารายละเอียดคู่มือการต่ออายุได้ที่ website ของ กองควบคุมเครื่องมือแพทย์ (https://medical.fda.moph.go.th/) หัวข้อ งานสถานที่ >>ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ >>ต่ออายุ
2.	หนังสือมอบอำนาจแต่งตั้งเป็นผู้ดำเนินการ (นามสกุล .pdf)	- เป็นหนังสือที่กรรมการผู้มีอำนาจลงนามตามหนังสือรับรองบริษัทแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการ (บุคคลเดียวกันกับผู้ที่มีชื่อในหน้าใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์) * หากประสงค์เปลี่ยนผู้ดำเนินการจะต้องเตรียมเอกสาร ข.พ. 5 เพื่อเปลี่ยนแปลงผู้ดำเนินการก่อนที่จะทำการต่ออายุต่อไป	
3.	สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ แต่งตั้งเป็นผู้ดำเนินการ(นามสกุล .pdf)		
4.	ใบรับรองแพทย์ของผู้ดำเนินการ (ออกไม่เกิน 1 เดือน) (นามสกุล .pdf)	ใบรับรองแพทย์ ที่แพทย์ระบุว่า 1. ผู้ดำเนินการไม่เป็นโรคที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดตามมาตรา 16 (7) แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551 ได้แก่ 1.1 โรคเรื้อนในระยะติดต่อ 1.2 วัณโรคในระยะติดต่อ 1.3 โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง 1.4 โรคพิษสุราเรื้อรัง 2. ผู้ดำเนินการไม่เป็นบุคคลวิกลจริตหรือคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ	
5.	หนังสือรับรองบริษัท (กรณีนิติบุคคล) หรือ ใบทะเบียนพาณิชย์ (กรณีบุคคลธรรมดา) ออกไม่เกิน 6 เดือน	เฉพาะกรณี ที่อยู่สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์ ของใบที่ต้องการต่ออายุจดอยู่ในหนังสือรับรองบริษัทใน รูปแบบสาขา ไม่ใช่สำนักงานใหญ่	
6.	คำรับรองการต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์ ตามแบบฟอร์ม	กรณีบริษัทมีใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ที่จะต้องต่ออายุในปีเดียวกันหลายใบ จะต้องจัดทำคำรับรองการต่ออายุ 1 ใบ ต่อ 1 ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์	
7.	ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ฉบับล่าสุด		

หมายเหตุ 1. รูปถ่ายผู้ดำเนินการ (นามสกุล .jpg เท่านั้น และขนาดไฟล์ไม่เกิน 100 kb), ต้องเป็นภาพที่เห็นเฉพาะหน้าผู้ดำเนินการไม่มีพื้นขาวที่ไม่เกี่ยวข้อง)

2. ไฟล์ชื่อ 2-7 สแกนแยกไฟล์เป็นข้อๆ เพื่อใช้แนบในระบบ (นามสกุล .pdf เท่านั้น และขนาดไฟล์แต่ละไฟล์ 5mb)

ตัวอย่างเอกสารที่ใช้ในการยื่นต่ออายุใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

1..การกรอกหนังสือมอบอำนาจแต่งตั้งเป็นผู้ดำเนินการใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

หนังสือมอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการเกี่ยวกับการขออนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

วันที่ 20 มิถุนายน 2567

โดยหนังสือฉบับนี้ บริษัท เอ จำกัด (ชื่อนิติบุคคล)

โดยมี นายสมคิด ใจดี , นางสาวสมศรี ใจดี เป็นผู้อำนวยการแทนนิติบุคคล

ปรากฏตามหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคลกระทรวงพาณิชย์ ทะเบียนนิติบุคคลเลขที่ 0115550000000

ขอมอบอำนาจและแต่งตั้งให้ นางสมศรี ใจดี

บัตรประจำตัว ☐ Work permit ☐ บัตรประชาชน เลขที่ 1234567891011

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) estmdcd@gmail.com โทรศัพท์ 07 2590 7280

เป็นผู้ดำเนินการขายเครื่องมือแพทย์ และมีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการต่อไปนี้

ข้อ 1 ดำเนินการเกี่ยวกับการขออนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ หรือการขอต่ออายุ หรือการขอรับใบแทนหรือการแก้ไข
เปลี่ยนแปลงการขอเข้าใช้งานอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ผ่านระบบ e-submission ต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ข้อ 2 ให้มีอำนาจในการให้คำรับรองถ้อยคำต่อเจ้าหน้าที่ แก่ในเอกสาร เพิ่มเติมเอกสาร รับเอกสารคืน ตลอดจนดำเนินการอื่นใด
ที่จำเป็นเกี่ยวกับการขอดำเนินการกล่าวดังกล่าวจนเสร็จการ

ข้อ 3 การมอบอำนาจและแต่งตั้งเป็นผู้ดำเนินการดังกล่าวนี้ ให้ใช้ ได้ตั้งแต่วันที่ 20 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567

ตลอดไปจนกว่าจะมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลง

กิจการใดที่ นางสมศรี ใจดี (ระบุชื่อผู้รับมอบอำนาจ) ผู้รับมอบอำนาจให้เป็น

ผู้ดำเนินการได้กระทำได้ตามขอบเขตแห่งหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบโดยเสมือนว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำด้วยตนเอง
ทั้งสิ้น เพื่อเป็นหลักฐาน ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อผู้มอบอำนาจ	ลงชื่อ	ผู้มอบอำนาจ
(<u>นายสมคิด ใจดี</u>)	(<u>นางสมศรี ใจดี</u>)	
	ลงชื่อ	ผู้รับมอบอำนาจ
	(<u>นางสมศรี ใจดี</u>)	
	ลงชื่อ	พยาน
	(<u>นางสมพร ใจดี</u>)	
	ลงชื่อ	พยาน
	(<u>นางสมฤดี ใจดี</u>)	

@
บริษัท เอ จำกัด
(ควรประทับบริษัท)

2.1 ตัวอย่างใบทะเบียนพาณิชย์ (กรณีบุคคลธรรมดา) ออกไม่เกิน 6 เดือน

ไฟล์ที่ 1 สำเนาใบทะเบียนการค้า หรือใบทะเบียนพาณิชย์

ความหมาย 1) บุคคลธรรมดาคนเดียว (กิจการเจ้าของคนเดียว)

กรณีผู้ดำเนินการ
เป็นบุคคลธรรมดา

ข้อสังเกต ชื่อที่ใช้ในการประกอบพาณิชย์กิจต้องตรงกับที่ระบุในคำขอจดทะเบียนสถานประกอบการฯ
รายละเอียด/ตัวอย่าง

ทะเบียนเลขที่ คำขอที่	0115550000000	แบบ ทค. 0403
		
กรมพัฒนาธุรกิจการค้า สำนักงานกลางทะเบียนพาณิชย์ ใบทะเบียนพาณิชย์ ใบสำคัญนี้ออกให้เพื่อแสดงว่า		
นางสมศรี ใจดี		
ได้จดทะเบียนพาณิชย์ ตามพระราชบัญญัติทะเบียนพาณิชย์ พ.ศ. 2499		
เมื่อวันที่ 11 เมษายน 2563		
ชื่อที่ใช้ในการประกอบพาณิชย์กิจ		
ร้าน เอ		
เขียนเป็นอักษรโรมัน		
ชนิดแห่งพาณิชย์กิจ		
ที่ตั้งสำนักงานใหญ่		
เลขที่	9999	ถนน
ตำบล/แขวง	ตลาดขวัญ	จังหวัด
อำเภอ/เขต	เมืองนนทบุรี	นนทบุรี
ออกให้ ณ วันที่ 11 เมษายน 2563		
สำเนาถูกต้อง		
(นางสมศรี ใจดี)		

วัตถุประสงค์ของบริษัท จะต้องระบุ
“ประกอบกิจการการค้า,นำเข้า มือแพทย์”



2.2 ตัวอย่างหนังสือรับรองบริษัท (กรณีนิติบุคคล) ออกไม่เกิน 6 เดือน

ไฟล์ที่ 2 สำเนาหนังสือรับรองจากนายทะเบียนของนิติบุคคล ต้องออกมาไม่เกิน 6 เดือน

ความหมาย

หนังสือรับรองจากนายทะเบียนของนิติบุคคล ระบุวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการค้า นำเข้า และผู้มีอำนาจ
ลงชื่อแทนนิติบุคคล โดยระบุที่ตั้งตรงตามที่ตั้งในคำขอยื่นขอจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้า
เครื่องมือแพทย์

รายละเอียด /ตัวอย่าง

ไม่ต้องแนบเอกสารหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล (กรณีนิติบุคคล) กับเจ้าหน้าที่ เนื่องจากเจ้าหน้าที่จะดึงข้อมูลจากกรมพัฒนาธุรกิจการค้ามาตรวจสอบเอง
ไม่ต้องยื่นเอกสาร **ยกเว้น**
1.ที่อยู่สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์ ของโบที่ต้องการต่ออายุจดอยู่ในหนังสือรับรองบริษัทใน
รูปแบบสาขา ไม่ใช่สำนักงานใหญ่ ให้แนบหลักฐานเพิ่มเติมแก่เจ้าหน้าที่ โดย**สแกนไฟล์นามสกุล pdf**



สำนักงานทะเบียนหุ้นส่วนบริษัทกรุงเทพมหานคร
กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์

หนังสือรับรอง

ขอรับรองว่าบริษัท ได้จดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์
เมื่อวันที่ **11 เมษายน 2563** ทะเบียนนิติบุคคลเลขที่ **0115550000000**
ปรากฏข้อความในรายการตามเอกสารทะเบียนนิติบุคคล ณ วันออกหนังสือนี้ ดังนี้

- ชื่อบริษัท **บริษัท เอ จำกัด** | จำกัด
- กรรมการของบริษัทมี 3 คน ตามรายชื่อต่อไปนี้

1. นายสมคิด ใจดี
2. นายสมคิด ใจดี
3. นายสมหมาย ใจดี
- จำนวนหรือชื่อกรรมการซึ่งลงชื่อผูกพันบริษัทได้คือ **กรรมการสองคนลงลายมือชื่อ**
และประทับตราสำคัญของบริษัท
- ทุนจดทะเบียน 5,000,000.00 บาท / ห้าล้านบาทถ้วน/
- สำนักงานใหญ่ ตั้งอยู่เลขที่ **9999 ถนน ดิวนนท์ ตำบล ตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี**
จังหวัดนนทบุรี
- วัตถุประสงคของบริษัทมี 25 ข้อ ดังปรากฏในสำเนาเอกสารแนบท้ายหนังสือรับรองนี้ จำนวน 2 แผ่น
โดยมีลายมือชื่อนายทะเบียนซึ่งรับรองเอกสารและประทับตราสำนักงานทะเบียนหุ้นส่วนบริษัทเป็นสำคัญ

ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.
(ออกไม่เกิน 6 เดือน)



บริษัท เอ จำกัด
(ตราประทับบริษัท)

สำเนาถูกต้อง

.....
(นายสมคิด ใจดี)

สำเนาถูกต้อง

.....
(นางสมศรี ใจดี)

กรรมการ 2 คนลงลายชื่อ
และประทับตราบริษัท
ตามเงื่อนไขข้อ 3 ตามตัวอย่างข้างต้น

คำเตือน : ผู้ใช้ควรตรวจสอบข้อความตราประทับหนังสือรับรองฉบับนี้ทุกครั้ง



กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์
Department of Business Development
Ministry of Commerce
โทร. 02 528 7600

"บริการ ไม่เสียค่าบริการ"
Quality Services
สายด่วน 1570 www.dbd.go.th

จัดพิมพ์ เมื่อเวลา 15:23 น.

ข้อสังเกต กรรมการผู้มีอำนาจลงนามแทนนิติบุคคลต้องตรงตามที่ระบุในหนังสือรับรองนิติบุคคล

(15) ประกอบกิจการค้า ยา ยารักษาโรค เกล็ดสังกะสี เคมีภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ เครื่องมือเครื่องใช้ทางวิทยาศาสตร์ ไม้แปรรูป
ยาปราบศัตรูพืช ยามารักษาและสัตว์ทุกชนิด

วัตถุประสงค์ของบริษัท จะต้องระบุ
"ประกอบกิจการการค้า, เครื่องมือแพทย์"

3. คำรับรองการต่ออายุใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

บันทึกคำรับรองของผู้ดำเนินการ เพื่อประกอบการต่ออายุใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์			
เขียนที่.....			
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....			
(๑) โดยบันทึกคำรับรองนี้ ข้าพเจ้า.....		ชื่อผู้ดำเนินการหน้าใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์	
		อายุ..... ปี	
บัตรประจำตัวประชาชน / work permit (กรณีชาวต่างชาติ) เลขที่..... เป็น			
ผู้รับอนุญาตใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ / ผู้ดำเนินการ ของ			
(๒) ใบอนุญาตเลขที่.....			
(๓) ชื่อสถานที่.....		(ชื่อบริษัท/ ห้างหุ้นส่วน/ ชื่อบุคคล)	
(๔) ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่..... ที่อยู่ตามหน้าใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....			
(๕) ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองต่อ “เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา” ซึ่งเป็น “ผู้อนุญาต” ตามพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม สำหรับการขอต่ออายุใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ ซึ่งจะหมดอายุหรือใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ปีที่หมดอายุ และข้าพเจ้าได้ยื่นคำขอต่ออายุไว้กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยานั้น ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำขอต่ออายุใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์และเอกสารหลักฐานตามที่แนบมาด้วยเป็นปัจจุบัน และตรงตามที่ปรากฏในใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ทุกประการ (๖) หากปรากฏหรือพบว่า คำรับรองที่ได้ให้ไว้ตามบันทึกนี้ไม่เป็นความจริง หรือไม่ได้ปฏิบัติตามที่ได้ให้คำรับรองไว้แม้ประการใดก็ตาม ข้าพเจ้ายินยอมให้ “เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา” มีคำสั่งพักใช้ หรือเพิกถอน ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์นี้ ได้โดยทันที (๗) ข้าพเจ้าได้อ่านบันทึกนี้โดยตลอดด้วยความเข้าใจถูกต้องชัดเจน และยอมรับว่าเป็นความจริงถูกต้องทั้งหมดทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยาน และขอมอบให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาไว้เพื่อเป็นหลักฐาน			
ประทับตรา บริษัท		ลงชื่อ..... ผู้ให้คำรับรอง ชื่อผู้ดำเนินการตามหน้าใบอนุญาตขาย ลงชื่อ..... พยาน (.....) ลงชื่อ..... พยาน (.....) พยานเซ็นให้ครบ	

ตัวอย่างใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์หลังจากต่ออายุ

ภาพถ่ายผู้ดำเนินการ
ตามที่แนบเมื่อยื่นคำขอ

ชื่อผู้ดำเนินการตามใบอนุญาต
ขายเครื่องมือแพทย์เดิม

QR code ที่แสดงว่าออกโดยทาง อย.

แบบ บ.ข.พ.1



ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

ใบอนุญาต กท. ข. 8/2564

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้
บริษัท เอ จำกัด

โดย นาง สมศรี ใจดี เป็นผู้ดำเนินการ

เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ ตามมาตรา 24 แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551 ชุดตรวจที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีประเภทเพื่อการวินิจฉัยภายนอกร่างกาย

สำหรับเครื่องมือแพทย์

อุปกรณ์โลหิตมนุษย์ และผลิตภัณฑ์ที่มีสมบัติพิเศษสำหรับใช้ในการกระบวนการผ่าตัด

ณ สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์ชื่อ บริษัท เอ จำกัด

ตั้งอยู่เลขที่ 9999

ตรอก/ซอย - ถนน ดิวานนท์ หมู่ที่ -

ตำบล/แขวง ตลาดขวัญ อำเภอ/เขต เมืองนนทบุรี

จังหวัด นนทบุรี รหัสไปรษณีย์ 11000 โทรศัพท์ 0 2590 7280 โทรสาร -

สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ ตั้งอยู่เลขที่ 9999

ตรอก/ซอย - ถนน ดิวานนท์

ตำบล/แขวง ตลาดขวัญ อำเภอ/เขต เมืองนนทบุรี

จังหวัด นนทบุรี รหัสไปรษณีย์ 11000 โทรศัพท์ 0 2590 7280 โทรสาร -

โดยมีผู้ควบคุมการขายในกรณีเป็นเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา 6(7) ดังนี้

ใบอนุญาตฉบับนี้ใช้ได้จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2569 และให้ใช้เฉพาะสถานที่

ซึ่งระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ออกให้ไว้ ณ วันที่ 30 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2564



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
กระทรวงสาธารณสุข
ผู้อนุญาต

ปรากฏวันหมดอายุใหม่หลังจาก
ต่ออายุเป็น พ.ศ. 2569

หน้าที่ 2 ปรากฏหน้าตาดังนี้ไม่ขึ้นข้อมูลใด

โดยวันหมดอายุ

ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

จะขึ้นเฉพาะหน้าแรกเท่านั้น

การต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการ

การต่ออายุครั้งที่ 1

ให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการฉบับนี้
จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.

(ลายมือชื่อ)

ตำแหน่ง

ผู้อนุญาต

..... / /

การต่ออายุครั้งที่ 2

ให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการฉบับนี้
จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.

(ลายมือชื่อ)

ตำแหน่ง

ผู้อนุญาต

..... / /

การต่ออายุครั้งที่ 3

ให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการฉบับนี้
จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.

(ลายมือชื่อ)

ตำแหน่ง

ผู้อนุญาต

..... / /

การต่ออายุครั้งที่ 4

ให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการฉบับนี้
จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.

(ลายมือชื่อ)

ตำแหน่ง

ผู้อนุญาต

..... / /

เอกสารแนบท้าย ใบ อนุญาตที่ ข.

หน้า 1

ขอขายเครื่องมือแพทย์ที่ ขาย มีดังนี้

1 ขอขายเครื่องมือแพทย์ ถุงบรรจุ โลหิตมนุษย์

2 ขอขายเครื่องมือแพทย์ ผลิตภัณฑ์ฟอกสีฟัน

เอกสารแนบท้าย ใบอนุญาตที่ ข.

หน้า 2

โดยมีผู้ควบคุมการ ขาย เครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๖(๗) จำนวน 1 คน ดังนี้

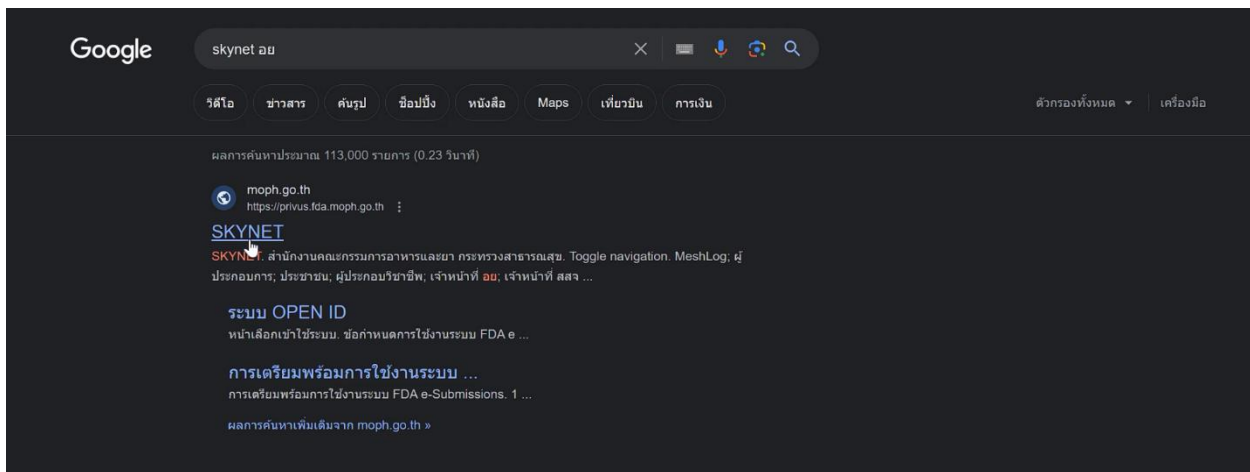
ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	คุณวุฒิ
1	นางสมศรี ใจดี	วิทยาศาสตร์

การยื่นเอกสารต่ออายุผ่าน

ระบบ Skynet fda

เปิด Open ID ด้วยตนเอง (หากเคยสมัครแล้วให้ดำเนินการขั้นตอนต่อไป)

1. เข้าที่เว็บไซต์ [Privus.fda.moph.go.th](https://privus.fda.moph.go.th) หรือ พิมพ์ใน Google “ Skynet ออย. ”



2. คลิกที่ ผู้ประกอบการ



3. คลิกที่ ลงทะเบียน

ลงชื่อเข้าใช้งาน
ระบบลงทะเบียนผู้ประกอบการ ออย.

ชื่อนิติบุคคล :

ระบุชื่อนิติบุคคล / เลขประจำตัวประชาชน / อีเมล

รหัสผ่าน : [ลืมรหัสผ่าน ?](#)

ระบุรหัสผ่าน

[เข้าสู่ระบบ](#) [ยกเลิก](#)

[ลงทะเบียน](#)

4. คลิกที่ ยินยอม

Digital ID

เพื่อส่งเสริมและอำนวยความสะดวกในการพิสูจน์ตัวตนทางดิจิทัล (Digital ID Service) และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลาย ๆ หน่วยงาน โดยไม่ต้องลงชื่อเข้าใช้ซ้ำซ้ำซ้อน ซึ่งบริการส่งเสริมการควบคุมและรักษาความปลอดภัยด้วยมาตรการที่เหมาะสม

ซึ่งในข้อตกลงการให้บริการนี้ มี

"ผู้ให้บริการ" หมายความว่า สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน)

"ผู้ให้บริการ" หมายความว่า ผู้สมัครใช้บริการพิสูจน์ตัวตนด้วยตัวตนทางดิจิทัล

"บริการ" หมายความว่า บริการพิสูจน์ตัวตนด้วยตัวตนทางดิจิทัล

ผู้ให้บริการขอให้บริการได้แก่บุคคลใดก็ได้ที่ประสงค์จะสมัครใช้บริการ

1. ผู้ให้บริการขอให้บริการการพิสูจน์ตัวตนทางดิจิทัลแก่บุคคลใด ๆ ที่ผู้ให้บริการกำหนด โดยการสมัครใช้บริการจะไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น ทั้งนี้ ผู้ให้บริการสามารถให้บริการได้ทั้งที่กายหรือทางอิเล็กทรอนิกส์ในการพิสูจน์ตัวตนทางดิจิทัล
2. ผู้ให้บริการขอให้บริการการพิสูจน์ตัวตนทางดิจิทัลแก่บุคคลใด ๆ ที่ประสงค์จะใช้บริการพิสูจน์ตัวตนทางดิจิทัลแก่บุคคลอื่นได้ โดยผู้ให้บริการขอให้บริการการพิสูจน์ตัวตนทางดิจิทัลแก่บุคคลอื่นได้โดยไม่ต้องลงชื่อเข้าใช้ซ้ำซ้ำซ้อน
3. ในการใช้บริการทางออนไลน์ ผู้ให้บริการขอให้บริการการพิสูจน์ตัวตนทางดิจิทัลแก่บุคคลใด ๆ ที่ประสงค์จะใช้บริการพิสูจน์ตัวตนทางดิจิทัลแก่บุคคลอื่นได้ โดยผู้ให้บริการขอให้บริการการพิสูจน์ตัวตนทางดิจิทัลแก่บุคคลอื่นได้โดยไม่ต้องลงชื่อเข้าใช้ซ้ำซ้ำซ้อน
4. ผู้ให้บริการขอให้บริการการพิสูจน์ตัวตนทางดิจิทัลแก่บุคคลใด ๆ ที่ประสงค์จะใช้บริการพิสูจน์ตัวตนทางดิจิทัลแก่บุคคลอื่นได้ โดยผู้ให้บริการขอให้บริการการพิสูจน์ตัวตนทางดิจิทัลแก่บุคคลอื่นได้โดยไม่ต้องลงชื่อเข้าใช้ซ้ำซ้ำซ้อน
5. ผู้ให้บริการขอให้บริการการพิสูจน์ตัวตนทางดิจิทัลแก่บุคคลใด ๆ ที่ประสงค์จะใช้บริการพิสูจน์ตัวตนทางดิจิทัลแก่บุคคลอื่นได้ โดยผู้ให้บริการขอให้บริการการพิสูจน์ตัวตนทางดิจิทัลแก่บุคคลอื่นได้โดยไม่ต้องลงชื่อเข้าใช้ซ้ำซ้ำซ้อน
6. ผู้ให้บริการขอให้บริการการพิสูจน์ตัวตนทางดิจิทัลแก่บุคคลใด ๆ ที่ประสงค์จะใช้บริการพิสูจน์ตัวตนทางดิจิทัลแก่บุคคลอื่นได้ โดยผู้ให้บริการขอให้บริการการพิสูจน์ตัวตนทางดิจิทัลแก่บุคคลอื่นได้โดยไม่ต้องลงชื่อเข้าใช้ซ้ำซ้ำซ้อน

ข้าพเจ้าได้อ่านและยินยอมให้บุคคลอื่นสามารถนำข้อมูลการให้บริการนี้



5. กรอก เลขบัตรประชาชน และ คลิกที่ เลเซอร์โค้ดหลังบัตรประชาชน > คลิก ถัดไป

Digital ID

1. เลือกช่องทางทางการลงทะเบียน

เลือกประเภทการพิสูจน์ตัวตน

☒ เลเซอร์โค้ดหลังบัตรประชาชน (อายุการใช้งาน 1 ปี)

☐ แอปพลิเคชัน ThaiID (อายุการใช้งาน 2 ปี)



© 2566 ตามพระราชบัญญัติฉบับที่ 2537 สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) (สพร.) | [ข้อกำหนดและเงื่อนไข](#) | [ความเป็นส่วนตัว](#) | [ติดต่อเรา](#)

6. กรอกข้อมูลและคลิกที่ ยืนยันตัวตน

Digital ID

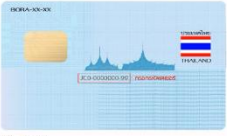
ชื่อจริง (ภาษาไทย) (ไม่ใส่ประจักษ์นามนำชื่อ)

ชื่อกลาง (ภาษาไทย) (ถ้ามี)

นามสกุล (ภาษาไทย)

วัน เดือน ปีเกิด

ตัวอย่าง เลเซอร์โค้ดหลังบัตรประชาชน



รหัสเลขบัตร

7. ตั้ง Username และ Password คลิก ถัดไป

Digital ID

2. กรอกข้อมูลผู้ลงทะเบียน

ชื่อจริง (ภาษาไทย) (ไม่ลงระบบคำนำหน้าชื่อ) ✓ ชื่อกลาง (ภาษาไทย) (ถ้ามี) ชื่อสกุล (ภาษาไทย) ✓

วันเดือนปีเกิด ✓

บัญชีผู้ใช้งาน (Username)

รหัสผ่าน (Password)

ยืนยันรหัสผ่าน (Password)

8. กรอก เบอร์โทรศัพท์มือถือ คลิกที่ ขอรหัส OTP ทาง SMS

ลงทะเบียน
One account. All of Services.

3. ยืนยันเบอร์โทรศัพท์มือถือ

[ดำเนินการยืนยันเบอร์โทรศัพท์มือถือ](#)

9. กรอก รหัส OTP และคลิกที่ ยืนยันเบอร์โทรศัพท์มือถือ

3. ยืนยันเบอร์โทรศัพท์มือถือ

รหัส OTP ไม่สามารถใช้ซ้ำภายใน 0:21 [ดำเนินการยืนยันเบอร์โทรศัพท์มือถือ](#)

กรุณาระบุรหัสผ่านที่ใช้ครั้งแรก (OTP) จาก SMS ที่ได้รับ (OTP จะหมดอายุภายใน 5 นาที)
รหัสอ้างอิง : NILdD

10. เมื่อยืนยันเรียบร้อยแล้ว คลิก **ถัดไป**

ลงทะเบียน
One account. All of Services.

3. ยืนยันเบอร์โทรศัพท์มือถือ

ทำสำเร็จ

ท่านได้ทำการยืนยันเบอร์โทรศัพท์มือถือเรียบร้อยแล้ว

ยกเลิก < ถัดไป >

11. ตรวจสอบข้อมูลและคลิก **ยืนยันข้อมูล**

ลงทะเบียน
One account. All of Services.

4. ตรวจสอบข้อมูล

ข้อมูลส่วนตัว

ชื่อ-นามสกุล: [redacted] ✓

เลขประจำตัวประชาชน (13 หลัก): [redacted] ✓

วันเดือนปีเกิด: [redacted] ✓

เลขวันเดือนปีเกิด: [redacted] ✓

ข้อมูลประจำตัวปัจจุบัน

ประเภทบัญชี: [redacted] ✓

ประเภทบัญชี: [redacted] ✓

เลขประจำตัวประชาชน (13 หลัก): [redacted] ✓

เลขประจำตัวประชาชน (13 หลัก): [redacted] ✓

ข้อมูลส่วนตัวในอดีต

ชื่อ-นามสกุล: [redacted] ✓

เลขประจำตัวประชาชน (13 หลัก): [redacted] ✓

เลขประจำตัวประชาชน (13 หลัก): [redacted] ✓

ยกเลิก < ยืนยันข้อมูล >

การยื่นเอกสารต่ออายุ
ผ่านระบบ e-submission

1. เมื่อผู้ใช้งานได้รับการเปิดสิทธิให้เข้าใช้งานที่หน้าเว็บไซต์ SKYNET ที่ URL: privus.fda.moph.go.th จากนั้นให้เลือก “ผู้ประกอบการ”



2. หลังจากคลิกที่ “ผู้ประกอบการ” ระบบจะให้ระบุบัญชีผู้ใช้ และรหัสผ่าน โดยกรอกข้อมูลบัญชีผู้ใช้ ที่ได้รับการสมัครระบบ Open ID จากนั้น คลิกเข้าสู่ระบบ

3.เมื่อคลิกเข้าสู่ระบบแล้ว ระบบจะแสดงระบบที่ท่านมีสิทธิดำเนินการ ให้เลือก “บริษัท”ที่ท่านจะมาต่ออายุใบใบจดทะเบียนสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์ (กรณีไม่ปรากฏบริษัทที่ต้องการดำเนินการให้ทำการติดต่อเจ้าหน้าที่)

หน้าหลัก

🔍

👤

ระบบ OPEN ID

กลุ่มสิทธิการเข้าใช้ระบบ

สำหรับ ผู้ประกอบการ

ยินดีต้อนรับ :

ท่านกำลังทำงานในฐานะของ
(กรุณาเลือกกลุ่มสิทธิที่ท่านต้องการ)

กดสอบ จำกัด

เเ จำกัด

4. เลือก " ระบบต่ออายุสถานประกอบการผลิต นำเข้า และใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์"

- ผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์
- จัดทะเบียนสถานประกอบการ/ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์
- แก้ไขเปลี่ยนแปลงจดทะเบียนสถานประกอบการ/ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์
- ⊕ ค่าขอแก้ไข/เพิ่มเติม
- เพิ่มข้อมูลผลิตภัณฑ์เฉพาะผู้ผลิต (ส.ผ)
- ระบบรายงานผู้ป่วยที่ใช้ต้านมเทียม
- รายงานการผลิต นำเข้า หรือขายเครื่องมือแพทย์
- วินิจฉัยเครื่องมือแพทย์
- แจ้งเลิกกิจการ ไม่ต่ออายุ
- ระบบเพิ่มเติมเอกสาร
- ระบบแก้ไขแจ้งทะเบียนผลิตจัดตั้ง
- ระบบต่ออายุสถานประกอบการผลิต นำเข้า และใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์
- ระบบต่ออายุขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์
- Chat bot (QA)

5. เลือก “เลขใบอนุญาตขายที่ต้องการต่ออายุ” กด “เลือก”

เลือกเลขใบสถานที่ :

** ต้องชำระค่าใบและค่าธรรมเนียมภายใน 31 ธ.ค. ของปีที่ใบสิ้นอายุเท่านั้น
(ใบสั่งชำระมีอายุ 1 วัน หากเกินกำหนดสามารถพิมพ์ใหม่อีกครั้งได้จากในระบบ)

6. เลือก “ต่ออายุสถานที่”

เลือกเลขใบสถานที่ :
บ. 632/68

** ต้องชำระค่าใบและค่าธรรมเนียมภายใน 31 ธ.ค. ของปีที่ใบสิ้นอายุเท่านั้น
(ใบสั่งชำระมีอายุ 1 วัน หากเกินกำหนดสามารถพิมพ์ใหม่อีกครั้งได้จากในระบบ)

ต่ออายุสถานที่

 การชำระเงินเพื่อต่ออายุ

1. ต้องชำระค่าใบและค่าธรรมเนียมภายใน 31 ธ.ค. ของปีที่ใบสิ้นอายุเท่านั้น
2. กรณียื่นคำขอและชำระเงิน 1 – 31 ม.ค. หลังจากใบสำคัญสิ้นอายุ จะถือเป็นการต่ออายุล่าช้า คิดค่าปรับต่ออายุล่าช้าในใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ปรับวันละ 500 บาท และใบอนุญาตขาย ปรับวันละ 1,000 บาท
3. กรณีไม่ชำระเงินภายในวันที่ 31 ม.ค. จะถูกคืนคำขอโดยระบบ
4. ใบสั่งชำระมีอายุ 1 วัน หากเกินกำหนดสามารถกดยกเลิกใบเดิมและสามารถพิมพ์ใหม่อีกครั้งได้จากในระบบ

 คู่มือการต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์/ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

1. คำแนะนำในการยื่นคำขอต่อใบจดทะเบียนสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์ (ต่ออายุ) [คลิกที่นี่](#)
2. คำแนะนำในการยื่นคำขอต่อใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ (ต่ออายุ) [คลิกที่นี่](#)
หมายเหตุ 1. เปิดระบบต่ออายุ 1 ต.ค. – 31 ธ.ค. ของปีที่ใบสิ้นอายุ
2. ต่ออายุล่าช้า: ยื่น **1-31** ม.ค. หลังจากใบสำคัญสิ้นอายุ พร้อมแสดงเหตุผลที่ล่าช้าต่ออายุเลยกำหนดผ่านระบบ
คิดค่าปรับต่ออายุล่าช้าในใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ปรับวันละ 500 บาท และใบอนุญาตขาย ปรับวันละ 1,000 บาท
(ระบบจะอนุญาตให้ยื่นต่ออายุได้ถึงวันที่ 30 ม.ค. หลังจากใบสำคัญสิ้นอายุ เท่านั้น)
3. กรณีไม่ดำเนินการต่ออายุภายในกำหนด (ตั้งแต่ 1 ก.พ. ปีถัดจากปีที่หมดอายุ เป็นต้นไป) ถือว่าใบสิ้นสภาพ ไม่สามารถดำเนินการต่ออายุได้
4. ค่าธรรมเนียมต่ออายุ
 - ใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ (ค่าธรรมเนียม 12,000 บาท , ค่าใบ 4,000 บาท)
 - ใบจดทะเบียนสถานประกอบการผลิตเครื่องมือแพทย์ (ค่าธรรมเนียม 12,000 บาท , ค่าใบ 2,000 บาท)
 - ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ (ค่าธรรมเนียม 3,000 บาท , ค่าใบ 1,000 บาท)

**** ต้องชำระค่าใบและค่าธรรมเนียมภายใน 31 ธ.ค. ของปีที่ใบสิ้นอายุเท่านั้น (ใบสั่งชำระมีอายุ 1 วัน หากเกินกำหนดสามารถกดยกเลิกใบเดิมและสามารถพิมพ์ใหม่อีกครั้งได้จากในระบบ)**

5.กรณีไม่ประสงค์ต่ออายุ (แจ้งยกเลิกใบสำคัญ)

5.1 กรณีแจ้งยกเลิกใบสำคัญ ก่อนวันที่ 31 ธ.ค. ปีที่หมดอายุปรับตามบิณฯ ให้แจ้งแบบ ล.พ.1 (แจ้งเลิกกิจการ) >> การแจ้งเลิกกิจการถือว่าใบสำคัญอื่นๆ เช่น ใบจดแจ้ง ใบแจ้งรายการละเมิด ใบอนุญาต จะถูกยกเลิกด้วยทั้งหมด

5.2 กรณีแจ้งไม่ต่ออายุ ระหว่างวันที่ 1-30 ม.ค. ปีถัดจากปีที่หมดอายุ ให้แจ้งแบบ ล.พ.2 (แจ้งไม่ต่ออายุ)

5.3 หากไม่ดำเนินการตามข้อ 5.1 และ 5.2 จะต้องระวางโทษปรับ 5,000 บาท

7. ระบบจะแสดงข้อมูลตัวอย่าง “ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์” ที่ต้องการต่ออายุ กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

หากเคยยื่นคำขอแล้วข้อมูลการแสดงผลในจุดทะเบียนสถานประกอบการไม่ตรง ให้ติดต่อเจ้าหน้าที่
โทร 025907000 ต่อ 70218 , e-mail : register.mdcfda@gmail.com หรือ LINE ID : @37leojnr

ตรวจสอบข้อมูลใบสำคัญ คำรับรอง/ยอมรับเงื่อนไข แบบไฟล์เอกสาร

OM7v+aT+MN... 1 / 3 58% + [Icons]





แบบ บ.ข.พ.๑

ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

ใบอนุญาตที่ ข. 632/68

ผลการตรวจสอบข้อมูล

☐ ข้อมูลถูกต้อง

☐ ข้อมูลไม่ถูกต้อง

บันทึก

8. หลังจากตรวจสอบข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ให้ปฏิบัติดังนี้

8.1 กรณีที่ 1 ข้อมูลถูกต้อง >> กดเลือก “ข้อมูลถูกต้อง” >> กด “บันทึก”

โปรดตรวจสอบข้อมูลก่อนยื่นคำขอต่ออายุ หากข้อมูลไม่ตรงและไม่เป็นปัจจุบันให้ยื่นคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง

หากเคยยื่นคำขอแล้วข้อมูลการแสดงใบจดทะเบียนสถานประกอบการไม่ตรง ให้ติดต่อเจ้าหน้าที่

โทร 025907000 ต่อ 70218 , e-mail : register.mdcfda@gmail.com หรือ LINE ID : @371eojnr

ตรวจสอบข้อมูลใบสำคัญ

คำรับรอง/ยอมรับเงื่อนไข

แนบไฟล์เอกสาร

OM7v+aT+MN... 1 / 3 58% + [Icons]





แบบ บ.ช.พ.๑

ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

ใบอนุญาตที่ ข. 632/68

ผลการตรวจสอบข้อมูล

☒ ข้อมูลถูกต้อง

☐ ข้อมูลไม่ถูกต้อง

บันทึก

ทำการระบุข้อมูลผู้ยื่นคำขอในการติดตามสถานะ “เบอร์โทรศัพท์” และ “E-mail” โดยระบบจะแจ้งข้อมูลการปรับสถานะ ทาง E-mail จากนั้นระบบจะแสดงหน้า “คำรับรองการยื่นคำขอต่ออายุทางอิเล็กทรอนิกส์” โปรดอ่านคำรับรองให้ละเอียด จากนั้นกดที่ “ยอมรับ”

ตรวจสอบข้อมูลใบสำคัญ

คำรับรอง/ยอมรับเงื่อนไข

แบบไฟล์เอกสาร

ชื่อนามสกุลผู้ยื่นคำขอ :
นาง ณปภัช กรมเมือง

เบอร์โทรศัพท์ :

E-mail :

โปรดใส่ E-mail ให้ถูกต้อง เนื่องจากเป็นช่องหลักในการติดต่อสื่อสาร

คำรับรองการยื่นคำขอต่ออายุ ทางอิเล็กทรอนิกส์ (E-Submission)

ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองต่อ “เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา” ซึ่งเป็น “ผู้อนุญาต” ตามพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ สำหรับการขอต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการผลิต หรือผู้นำเข้าเครื่องมือแพทย์ ดังนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำขอต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการและเอกสารหลักฐานตามที่แนบมาด้วยเป็นปัจจุบัน และตรงตามที่ปรากฏในใบจดทะเบียนสถานประกอบการผลิต นำเข้า หรือเอกสารอื่นแทนที่ถูกประกาศ หากปรากฏภายหลังว่า คำรับรองที่ให้ไว้ข้างต้นไม่เป็นความจริง หรือข้าพเจ้าไม่ได้ปฏิบัติตามที่ได้ให้คำรับรองไว้ในประการใดก็ตาม ข้าพเจ้ายินยอมให้ “เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา” มีคำสั่งพักใช้ หรือเพิกถอนใบจดทะเบียนสถานประกอบการผลิต หรือผู้นำเข้าเครื่องมือแพทย์ ได้โดยทันที

ไม่ยอมรับ

ยอมรับ

8.2 กรณีที่ 2 ข้อมูลไม่ถูกต้อง เมื่อกด “ข้อมูลไม่ถูกต้อง” แล้วกด “บันทึก”

กรณีที่ 2 ข้อมูลไม่ถูกต้อง จากสาเหตุดังต่อไปนี้

สาเหตุที่ 1 ข้อมูลในตัวอย่างที่แสดง “ไม่ตรงกับใบอนุญาตขายตัวจริงที่มีอยู่” ให้ติดต่อเจ้าหน้าที่เบอร์ 02-5907280 หรือ ส่งเอกสารให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบให้ดังนี้

>> กด save ไฟล์ตัวอย่างที่ขึ้นในระบบ โดยตั้งชื่อไฟล์เป็น “ตัวอย่าง+เลขใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ของท่านที่ต้องการต่ออายุ” เช่น **ตัวอย่าง กท. ข. 000/2563** และ แนบไฟล์สแกนใบจดทะเบียนฉบับจริงที่มีอยู่ “ฉบับจริง+เลขใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ของท่านที่ต้องการต่ออายุ” เช่น **ฉบับจริง กท. ข. 000/2563**

>> แจ้งรายละเอียดข้อมูลที่ไม่ถูกต้องให้เจ้าหน้าที่ทราบ + ชื่อผู้ประสานงาน + เบอร์ติดต่อ (ในกรณีที่เจ้าหน้าที่ต้องการสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม)

>> ส่งไฟล์มาที่ **Line id : @371eojnr**

สาเหตุที่ 2 ข้อมูลของท่านไม่เป็นปัจจุบัน อาทิเช่น ย้ายสถานที่ตั้ง , เปลี่ยนผู้ดำเนินการ ให้ติดต่อยื่นขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง (ข.พ.4 หรือ ข.พ.5) ผ่านระบบ skynet ก่อนยื่นต่ออายุ

หมายเหตุ เมื่อท่านแก้ไขข้อมูลถูกต้องเรียบร้อยแล้ว จึงจะสามารถดำเนินการต่ออายุได้

9.กดแถบ “รูปถ่ายผู้ดำเนินการ(นามสกุล.jpgเท่านั้น” และ “เอกสารที่ใช้ในการต่ออายุ(ไฟล์ PDF เท่านั้น)” คลิก Browse แบนไฟล์ ที่ละหัวข้อ พร้อมกดบันทึกในแต่ละหัวข้อ โดยจะต้อง และ กด “ยืนยัน” เมื่อระบบจะแสดงรหัสการดำเนินการ ให้กด “OK”

รูปผู้ดำเนินการ

รูปถ่ายครึ่งตัว หน้าตรง ไม่สวมหมวก ขนาด 3x4 เซนติเมตร ของผู้ดำเนินการซึ่งถ่ายมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน (แบบไฟล์ในรูปแบบของ .jpg และ ขนาดไฟล์รูปไม่เกิน 100KB เท่านั้น)

เลือก
ไม่ได้เลือกไฟล์

บันทึก

รายการไฟล์แนบ

1. หนังสือมอบอำนาจให้ผู้ดำเนินการ* บังคับ	Browse	บันทึก
2. สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจและรับมอบอำนาจแต่งตั้งเป็นผู้ดำเนินการ* บังคับ	Browse	บันทึก
3. ใบรับรองแพทย์ (ตรวจไม่เกิน 1 เดือน)* บังคับ	Browse	บันทึก
4. สำเนาหนังสือรับรองบริษัท (ออกไม่เกิน 6 เดือน) กรณีที่อยู่สถานที่ขายไม่ใช่สำนักงานใหญ่ บังคับ	Browse	บันทึก
5. บันทึกคำรับรองต่ออายุ บังคับ	Browse	บันทึก
6. ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ฉบับล่าสุด บังคับ	Browse	บันทึก

บันทึก

!

ยืนยันการแนบไฟล์

ยืนยัน

ยกเลิก

✓

บันทึกเรียบร้อยแล้ว

OK

12. เมื่ออัปโหลด “รูปถ่าย” และ “เอกสารที่ใช้ในการต่ออายุ” เรียบร้อยแล้ว จากนั้นกด “บันทึก” จากนั้นกด “รับทราบ” เงื่อนไขการต่ออายุ ระบบจะแสดง “เลขอ้างอิงคำขอ”

รูปผู้ดำเนินการ

รูปถ่ายครึ่งตัว หน้าตรง ไม่สวมหมวก ขนาด 3x4 เซนติเมตร ของผู้ดำเนินการซึ่งถ่ายมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน (แนบไฟล์ในรูปแบบของ .jpg และ ขนาดไฟล์รูปไม่เกิน 100KB เท่านั้น)

✓ อัปโหลดไฟล์เรียบร้อยแล้ว

รายการไฟล์แนบ

1. หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการ*	บังคับ	✓ อัปโหลดไฟล์เรียบร้อยแล้ว	📎	🗑
2. สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจและรับมอบอำนาจแต่งตั้งเป็นผู้ดำเนินการ*	บังคับ	✓ อัปโหลดไฟล์เรียบร้อยแล้ว	📎	🗑
3. ใบรับรองแพทย์ (ตรวจไม่เกิน 1 เดือน)*	บังคับ	✓ อัปโหลดไฟล์เรียบร้อยแล้ว	📎	🗑
4. สำเนาหนังสือรับรองบริษัท (ออกไม่เกิน 6 เดือน) กรณีที่อยู่สถานที่ขายไม่ใช่สำนักงานใหญ่	บังคับ	✓ อัปโหลดไฟล์เรียบร้อยแล้ว	📎	🗑
5. บันทึกคำรับรองต่ออายุ	บังคับ	✓ อัปโหลดไฟล์เรียบร้อยแล้ว	📎	🗑
6. ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ฉบับล่าสุด	บังคับ	✓ อัปโหลดไฟล์เรียบร้อยแล้ว	📎	🗑

บันทึก

หมายเหตุ

กรุณาชำระเงิน ม.44 จำนวน 3,000 บาท และ ค่าใบ 1,000 บาท ภายใน 31 ธ.ค. ของปีที่สิ้นอายุ (ชำระล่าช้า 1-31 ม.ค. ปีถัดจากปีที่สิ้นอายุ ถือเป็นต่ออายุล่าช้า : ค่าปรับเป็นรายวันละ 1,000 บาท) เมื่อชำระเรียบร้อยแล้วระบบจะปรับสถานะเป็น “อนุมัติ”

รับทราบ



บันทึกเรียบร้อยแล้ว เลขดำเนินการ
1308631

OK

13. จากนั้น สถานะจะถูกเปลี่ยนเป็น “อนุมัติรอชำระเงิน” ให้กด เลือก “ชำระเงินที่นี่”

เลข อ้างอิง	เลขใบอนุญาต สถานที่	ชื่อสถานที่	เลขรับ	วันที่ยื่น คำขอ	สถานะ	วันที่ชำระ เงินค่า ม.44	วันที่ ชำระ เงินค่า ใบ	วันที่ อนุญาต	หมายเหตุ	รายละเอียด
1308632	บ. 632/68	ทดสอบ จำกัด	S2 6800013	1 ตุลาคม 2568	อนุมัติ รอชำระ ค่าธรรมเนียม				กรุณาดำเนินการชำระเงิน ค่าม.44(ขาย : 3,000 บาท) และค่าใบอนุญาต (1,000 บาท) ให้ครบภายใน 31 ธ.ค.2568 เพื่อต่ออายุ คุณได้รับรหัสดำเนินการ 1308632 (ใบสั่งชำระมีอายุ 1 วัน หากเกินกำหนดสามารถพิมพ์ใหม่อีกครั้งได้จากในระบบ)	

**** ต้องชำระค่าใบและค่าธรรมเนียมภายใน 31 ธ.ค. ของปีที่ใบสิ้นอายุเท่านั้น
(ใบสั่งชำระมีอายุ 1 วัน หากเกินกำหนดสามารถพิมพ์ใหม่อีกครั้งได้จากในระบบ)**

เลือกเลขใบสถานที่ :

ค้นหาโดยการพิมพ์ :

ชำระเงินที่นี่

14.การชำระเงิน

14. 1กดติ๊กถูก “ ค่าตรวจประเมินสถานประกอบการเพื่อออกใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ และการต่ออายุ [ตามบัญชี 1 ข้อ 2-2.2.1] ใบอนุญาตเลขที่ กท. ข. /2564 ”

ค่าคำขอ/ค่าตรวจประเมิน/ค่าตรวจสถานประกอบการ

☒ รายการ	วันที่รับ	เลขที่รับคำขอ	จำนวนเงิน
☒ ค่าตรวจประเมินสถานประกอบการเพื่อออกใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ และการต่ออายุ [ตามบัญชี 2-2.2.1] ใบอนุญาตเลขที่ กท. ข. 8/2564	3000.00	03/09/2564 S2 6400011	3000.00

1. กดคลิก "เครื่องหมายถูก"

รวม 3,000 บาท

ออกใบสั่งชำระตาม ม.44

2.กด "ออกใบสั่งชำระตาม ม.44"

กดเลือก “พิมพ์ใบสั่งชำระ”

พิมพ์ใบสั่งชำระ

Webpay SCB Easy Net (บุคคลธรรมดา)

Webpay SCB Business Net (นิติบุคคล)

ย้อนกลับ

14.2 นำใบสั่งชำระไปชำระเงินได้ที่เคาน์เตอร์ธนาคาร หรือผ่าน Application ของธนาคารต่าง ๆ ที่ปรากฏอยู่ในใบสั่งชำระค่าธรรมเนียม



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
ใบสั่งชำระค่าตรวจสอบคำขอ/ตรวจประเมินหลักการวิชาการ
/ตรวจสอบสถานประกอบการ

บริษัท เอ จำกัด

บ้านเลขที่ 8888 ถนน ติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000 02-5907280

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000165676

Customer No. (Ref.1) : 640000008925641003

Reference No. (Ref.2) : 640205100903000001

วันที่ออกใบสั่งชำระ : 3 กันยายน พ.ศ. 2564

โปรดชำระภายในวันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ. 2564

รายการ	จำนวน (บาท)
เลขที่สั่งชำระ 2289 10114/2564 รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย	3000.00
ยอดเงินที่ต้องชำระ (สามพันบาทถ้วน)	3000.00

ผู้นำฝาก โทร..... สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร ผู้รับเงิน

หมายเหตุ

- รับชำระเงินโดยผ่านช่องทาง SCB Easy Net, SCB Easy Application, ATM, CDM และ เคาน์เตอร์ ของธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด(มหาชน) ก่อน 23:00 น. ของทุกวัน
- สำหรับชำระแคชเชียร์เช็ค วิธีการส่งจ่าย เข้าบัญชี "สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (เพื่อรายได้จากการดำเนินงาน)"
- ส่วนนี้จะใช้เป็นใบสำคัญรับเงิน ควบคู่กับเอกสารหลักฐานที่ธนาคารออกให้ จนกว่าสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจะออกใบเสร็จรับเงิน

ผู้ออกใบสั่งชำระ : นาง ณปภัช กรมเมือง

สำหรับธนาคาร

โปรดเรียกเก็บค่าธรรมเนียมจากผู้ชำระเงิน



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000165676

สาขา..... วันที่

ชื่อผู้ประกอบการ : บริษัท เอ จำกัด

เลขอ้างอิง 1/Ref.1: 640000008925641003

เลขอ้างอิง 2/Ref.2: 640205100903000001

บัญชี สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (เพื่อรายได้จากการดำเนินงาน)

บมจ. อ.ไทยพาณิชย์ COMCODE(2768) (XXXX005704) (สาขากระทรวงสาธารณสุข) (10/10) (ธุรกิจ)

☐ ธนาคารอื่นที่ให้บริการรับชำระบิลข้ามธนาคาร (Cross Bank Bill payment)* (Bill ID 099400016567601) (จ่ายช่องทางอิเล็กทรอนิกส์)



(ค่าธรรมเนียมในช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ไม่เกิน 5 บาท/ใบสั่งชำระ และเคาน์เตอร์ธนาคารธนาคาร 20 บาท/ใบสั่งชำระ: TBank)

ยอดที่ต้องชำระ	หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน	12000
----------------	-------------------------	-------



ผู้นำฝาก
โทร

สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร
ผู้รับเงิน

[099400016567601 640000008925641003 640205100903000001 1200000]

หมายเหตุ :

ท่านสามารถตรวจสอบรายชื่อธนาคารและผู้ให้บริการที่เข้าร่วมได้จากเว็บไซต์ของธนาคารแห่งประเทศไทย
ค่าธรรมเนียมเป็นไปตามเงื่อนไขและข้อกำหนดของแต่ละธนาคาร/ผู้ให้บริการ

หมายเหตุ : กรณีชำระค่าธรรมเนียมผ่านเคาน์เตอร์ธนาคารสามารถชำระได้ที่ ธนาคารไทยพาณิชย์
แห่งเดียวเท่านั้น

14.3 กดติดถูก “ ต่ออายุใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ 1,000 บาท ” จากนั้นกด “ ออกไปสั่งชำระตามกฎกระทรวง ”

ค่าธรรมเนียม

☒ รายการ	วันที่รับ	เลขที่รับค่าขอ	จำนวนเงิน
☒ การต่ออายุใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ ใบอนุญาตเลขที่ กท. ข. /2564	03/09/2564	6400011	1000.00
รวม 1,000.00			

1. กด "ติดถูก"

ออกใบสั่งชำระตามกฎกระทรวง

2. กดเลือก "ออกใบสั่งชำระตามกฎกระทรวง"

กดเลือก “พิมพ์ใบสั่งชำระ”

พิมพ์ใบสั่งชำระ

Webpay SCB Easy Net (บุคคลธรรมดา)

Webpay SCB Business Net (นิติบุคคล)

ย้อนกลับ

14.4 นำใบสั่งชำระไปชำระเงินได้ที่เคาน์เตอร์ธนาคาร หรือผ่าน Application ของธนาคารต่าง ๆ ที่ปรากฏอยู่ในใบสั่งชำระค่าธรรมเนียม

หมายเหตุ : กรณีชำระค่าธรรมเนียมผ่านเคาน์เตอร์ธนาคารสามารถชำระได้ที่ ธนาคารไทยพาณิชย์แห่งเดียวเท่านั้น



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
ใบสั่งชำระค่าธรรมเนียมใบสำคัญรับเงิน

บริษัท เอ จำกัด
บ้านเลขที่ 888 ถนน ติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000 02-5907280

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000165676

Customer No. (Ref.1) : 64000009025641003
Reference No. (Ref.2) : 640105100903000002
วันที่ออกใบสั่งชำระ : 3 กันยายน พ.ศ. 2564
ใบสั่งชำระภายในวันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ. 2564

รายการค่าธรรมเนียม	จำนวน (บาท)
เลขที่สั่งชำระ 0294 10115/2564 รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย	1,000.00
ยอดเงินที่ต้องชำระ (หนึ่งพันบาทถ้วน)	1,000.00

ผู้นำฝาก โทร. สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร ผู้รับเงิน

หมายเหตุ

- รับชำระเฉพาะเงินสดเท่านั้น ที่ OSSC เฉพาะเงินสดเท่านั้น หากชำระเงินล่วงหน้า ๑๕.๑๐ น. จะถือเป็นภาระชำระของวันทำการถัดไป
- รับชำระเงินโดยผ่านช่องทาง SCB Easy Net, SCB Easy Application, ATM, CDM และ เคาน์เตอร์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด(มหาชน) ก่อน 23:00 น. ของทุกวัน
- สำหรับชำระค่าธรรมเนียมเช็ค ชำระที่ OSSC วิธีการส่งจ่าย เข้าบัญชี "สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา"
- จ่ายที่ เคาน์เตอร์ SCB วิธีการส่งจ่าย เข้าบัญชี "สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเพื่อการชำระค่าธรรมเนียม"
- ส่วนนี้จะใช้ใบสำคัญรับเงิน ควบคุมเอกสารหลักฐานที่ธนาคารออกให้ จนกว่าสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจะออกใบสำคัญรับเงิน
- หากไม่สามารถชำระเงินภายในวันเวลาที่กำหนด โปรดติดต่อกองควบคุมเครื่องมือแพทย์

ผู้ออกใบสั่งชำระ : นาง ณปภัช กรมเมือง

สำหรับธนาคาร

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000165676

บัญชี สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (เพื่อการชำระค่าธรรมเนียม)
บมจ. ธ.ไทยพาณิชย์ COMCODE(0060) (XXXX004253) (สาขากระทรวงสาธารณสุข) (10/10) (ธุรกิจ)

☐ ธนาคารอื่นที่มีบริการรับชำระบิลข้ามธนาคาร (Cross Bank Bill payment)* (Bill ID 099400016567600) (จ่ายช่องทางอิเล็กทรอนิกส์)

(ค่าธรรมเนียมใบสั่งชำระ 1 บาท/ใบสั่งชำระ ไม่เกิน 5 บาท/ใบสั่งชำระ และค่าธรรมเนียมธนาคาร 20 บาท/ใบสั่งชำระ- TBank)

ยอดที่ต้องชำระ สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร
หนึ่งพันบาทถ้วน ผู้รับเงิน

099400016567600 64000009025641003 640105100903000002 100000

หมายเหตุ :

ท่านสามารถตรวจสอบรายชื่อธนาคารและผู้ให้บริการที่เข้าร่วมได้จากเว็บไซต์ของธนาคารแห่งประเทศไทย
ค่าธรรมเนียมเป็นไปตามเงื่อนไขและข้อกำหนดของแต่ละธนาคารผู้ให้บริการ

โปรดเรียกเก็บค่าธรรมเนียมจากผู้ชำระเงิน

สาขา..... วันที่

ชื่อผู้ประกอบการ : บริษัท เอ จำกัด

เลขอ้างอิง 1(Ref.1): 64000009025641003

เลขอ้างอิง 2(Ref.2): 640105100903000002



14.5ใบสั่งชำระจะมีอายุ 1 วันหลังจากออกใบสั่งชำระ หากเลยกำหนดจะไม่สามารถชำระได้ จะต้องไปที่เมนู “รายการใบสั่งชำระ” แล้วทำการยกเลิกใบสั่งชำระเดิมที่เคยออกไว้ จากนั้น กด “คลิกชำระเงินที่นี้” แล้วทำตามขั้นตอนที่ 13 และ 14 เพื่อออกใบสั่งชำระใหม่อีกครั้ง

รายการใบสั่งชำระ

บริษัท

จำกัด

รายการใบสั่งชำระทั้งหมด

บริษัท	เลขใบสั่งชำระ	หมายเลขอ้างอิง	จำนวนเงิน	สถานะ	วันที่ชำระเงิน	
บริษัท	จำกัด	/2563	1100.00	ยังไม่ชำระ		ยกเลิก พิมพ์ใบสั่งชำระ ดูใบเสร็จ

บริษัท	จำกัด	/2563	1	ยังไม่ชำระ	ยกเลิก	พิมพ์ใบสั่งชำระ	ดูใบเสร็จ
--------	-------	-------	---	------------	-------------------	----------------------------	----------------------

กดยกเลิกใบสั่งชำระ

14.6 กรณีที่กดใบสั่งชำระแล้วแต่ไม่ขึ้นใบสั่งชำระ ให้ กดเลือก “ชำระเงินที่นี้” อีกครั้ง จากนั้นไปที่ “รายการใบสั่งชำระ” จะปรากฏใบสั่งชำระที่ได้กดไว้แล้วข้างต้น

รายการใบสั่งชำระ

บริษัท

จำกัด

รายการใบสั่งชำระทั้งหมด

บริษัท	เลขใบสั่งชำระ	หมายเลขอ้างอิง	จำนวนเงิน	สถานะ	วันที่ชำระเงิน
บริษัท	จำกัด	/2563		ยังไม่ชำระ	ยกเลิก พิมพ์ใบสั่งชำระ ดูใบเสร็จ

บริษัท

จำกัด

/2563

ยกเลิก

พิมพ์ใบสั่งชำระ

ดูใบเสร็จ

เรียกดูใบเสร็จได้ที่นี้

15. เมื่อชำระเงินเรียบร้อยแล้วกลับไปหน้าจอแรก ระบบ skynet อีกครั้ง สถานะจะเปลี่ยนเป็น “อนุมัติ” กดดูรายละเอียดหน้าใบที่ได้รับการต่ออายุในรูปแบบ “อิเล็กทรอนิกส์”

เลขอ้างอิง	เลขใบอนุญาตสถานที่	ชื่อสถานที่	เลขรับ	วันที่ยื่นคำขอ	สถานะ	วันที่ชำระเงินค่า ม.44	วันที่ชำระเงินค่าใบ	วันที่อนุญาต	หมายเหตุ	รายละเอียด
1308632	บ. 632/68	ทดสอบ จำกัด	10EXI6800011	1 ตุลาคม 2568	อนุมัติ	1 ตุลาคม 2568	1 ตุลาคม 2568	1 ตุลาคม 2568		

ตัวอย่างใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์หลังจากต่ออายุ

ภาพถ่ายผู้ดำเนินการ
ตามที่แนบเมื่อยื่นคำขอ

ชื่อผู้ดำเนินการตาม
ใบอนุญาตขายเครื่องมือ
แพทย์เดิม

QR code ที่แสดงว่าออกโดยทาง อย.

แบบ บ.ข.พ.1



ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

ใบอนุญาต กท. ข. 8/2564

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้
บริษัท เอ จำกัด

โดย นาง สมศรี ใจดี เป็นผู้ดำเนินการ

เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ ตามมาตรา 24 แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551

ชุดตรวจที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีประเภทเพื่อการวินิจฉัยภายนอกร่างกาย

สำหรับเครื่องมือแพทย์

อุปกรณ์โลหิตมนุษย์ และผลิตภัณฑ์ที่มีสมบัติสำหรับใช้ในกระบวนการผ่าตัด

ณ สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์ชื่อ บริษัท เอ จำกัด

ตั้งอยู่เลขที่ 9999

ตรอก/ซอย - ถนน ดิวานนท์ หมู่ที่ -

ตำบล/แขวง ตลาดขวัญ อำเภอ/เขต เมืองนนทบุรี

จังหวัด นนทบุรี รหัสไปรษณีย์ 11000 โทรศัพท์ 0 2590 7280 โทรสาร -

สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ ตั้งอยู่เลขที่ 9999

ตรอก/ซอย - ถนน ดิวานนท์

ตำบล/แขวง ตลาดขวัญ อำเภอ/เขต เมืองนนทบุรี

จังหวัด นนทบุรี รหัสไปรษณีย์ 11000 โทรศัพท์ 0 2590 7280 โทรสาร -

โดยมีผู้ควบคุมการขายในกรณีเป็นเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา 6(7) ดังนี้

ใบอนุญาตฉบับนี้ใช้ได้จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 และให้ใช้เฉพาะสถานที่

ซึ่งระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ออกให้ไว้ ณ วันที่ 30 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2564



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
กระทรวงสาธารณสุข
ผู้อนุญาต

ปรากฏวันหมดอายุใหม่หลังจาก
ต่ออายุเป็น พ.ศ. 2565

หน้าที่ 2 ปรากฏหน้าตาดังนี้ไม่ขึ้นข้อมูลใด

โดยวันหมดอายุ

ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

จะขึ้นเฉพาะหน้าแรกเท่านั้น

การต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการ

การต่ออายุครั้งที่ 1

ให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการฉบับนี้
จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.

(ลายมือชื่อ)

ตำแหน่ง

ผู้อนุญาต

..... / /

การต่ออายุครั้งที่ 2

ให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการฉบับนี้
จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.

(ลายมือชื่อ)

ตำแหน่ง

ผู้อนุญาต

..... / /

การต่ออายุครั้งที่ 3

ให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการฉบับนี้
จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.

(ลายมือชื่อ)

ตำแหน่ง

ผู้อนุญาต

..... / /

การต่ออายุครั้งที่ 4

ให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการฉบับนี้
จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.

(ลายมือชื่อ)

ตำแหน่ง

ผู้อนุญาต

..... / /

เอกสารแนบท้าย ใบ อนุญาตที่ ข.

หน้า 1

ขอขายเครื่องมือแพทย์ที่ ขาย มีดังนี้

- 1 ขอขายเครื่องมือแพทย์ อุปกรณ์โลหิตมนุษย์
- 2 ขอขายเครื่องมือแพทย์ ผลิตภัณฑ์ฟอกสีฟัน

เอกสารแนบท้าย ใบอนุญาตที่ ข.

หน้า 2

โดยมีผู้ควบคุมการ ขาย เครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๖(๗) จำนวน 1 คน ดังนี้

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	คุณวุฒิ
1	นางสมศรี ใจดี	วิทยาศาสตร์

การยื่นต่ออายุใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

ด้วย พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 มาตรา 30 บัญญัติให้ผู้รับอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ซึ่งประสงค์จะต่ออายุใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ให้ยื่นคำขอต่ออายุก่อนวันที่ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์นั้นสิ้นอายุ

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจึงขอแจ้งให้ผู้รับอนุญาตใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ซึ่งใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์จะสิ้นอายุในวันที่ 31 ธันวาคม ของปีที่สิ้นอายุใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ และประสงค์จะประกอบกิจการขายเครื่องมือแพทย์นั้นต่อไป ให้จัดเตรียมเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอต่ออายุให้ครบถ้วนและถูกต้องตามที่กำหนดในแบบ “คำขอต่ออายุใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ (แบบ ข.พ. ๒)” โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจะเริ่มรับคำขอต่ออายุใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ได้ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม ของปีที่สิ้นอายุใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์และมีอัตราค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ ดังนี้

1. ค่าธรรมเนียมการต่ออายุ ฉบับละ 1,000 บาท (ใช้ได้จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม ของปีถัดไป นับจากยื่นต่ออายุแล้ว ตามประกาศกฎกระทรวงกำหนดค่าธรรมเนียมเกี่ยวกับเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2563)
2. ค่าใช้จ่ายการตรวจประเมินเพื่อต่ออายุใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ค่าขอละ 3,000 บาท (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่จะจัดเก็บจากผู้ยื่นคำขอในกระบวนการพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2560)

หากใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์สิ้นอายุไม่เกินหนึ่งเดือนสามารถยื่นต่ออายุได้ แต่ต้องระวางโทษปรับเป็นรายวันวันละ 1,000 บาทตลอดเวลาที่ยังไม่ได้ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ ในกรณีที่สิ้นอายุเกินหนึ่งเดือนจะไม่สามารถยื่นต่ออายุได้

อนึ่ง หากท่านไม่ประสงค์จะประกอบกิจการใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์อีกต่อไป ในกรณีดังนี้

1. กรณีประสงค์เลิกกิจการใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ก่อนวันหมดอายุ ต้องปฏิบัติตาม มาตรา ๓๖ แห่งการเลิกกิจการ จำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ของใบอนุญาตขายเครื่องมือ แพทย์ในแบบ “หนังสือแจ้งเลิกกิจการ จำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ของใบอนุญาตขายฯ (แบบ ล.พ. ๑)” พร้อมทั้งส่งใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์นั้นให้เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาทราบ ภายใน 30 วันนับแต่วันเลิกกิจการ หากฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติมีบทลงโทษตามมาตรา 95 วรรคหนึ่ง ต้องระวางโทษ ปรับไม่เกิน 10,000 บาท และการแจ้งเลิกกิจการต้องแจ้งก่อนวันที่ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์นั้นจะสิ้น อายุ

2. กรณีแจ้งไม่ต่ออายุเนื่องจากใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์หมดอายุแล้ว ผู้รับอนุญาตยัง ต้องมีหน้าที่ปฏิบัติ ตามมาตรา 37 ในการแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ให้เลขาธิการ คณะกรรมการอาหารและยาทราบภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ 31 ธันวาคม ซึ่งเป็นวันสิ้นอายุของใบอนุญาต ขายเครื่องมือแพทย์ โดยให้แจ้งในแบบ “แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อไม่ต่อ อายุฯ (แบบ ล.พ. ๒)” หากฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติ มีบทลงโทษตามมาตรา ๙๖ วรรคหนึ่ง ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 10,000 บาท

3. ผู้รับอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ที่ได้แจ้งเลิกกิจการ ใบอนุญาตสิ้นอายุ หรือไม่ได้รับ อนุญาตให้ต่ออายุใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ จะขายเครื่องมือแพทย์ของตนที่เหลืออยู่ได้ ต้องปฏิบัติตาม มาตรา 38 แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551 ดังนี้

3.1 ต้องขายให้กับผู้รับอนุญาตใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์อื่น หรือบุคคลที่เลขาธิการ คณะกรรมการอาหารและยาเห็นสมควรเท่านั้น โดยต้องขายภายใน 60 วันนับแต่วันที่เลิกกิจการ วันที่ ใบอนุญาตสิ้นอายุ หรือวันที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ต่ออายุ แล้วแต่กรณี ทั้งนี้ เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและ ยาอาจขยายระยะเวลาดังกล่าวได้ตามที่เห็นสมควร ผู้รับอนุญาตที่ขายเครื่องมือแพทย์เมื่อพ้นกำหนดเวลา ดังกล่าว เป็นการฝ่าฝืนมาตรา 38 วรรคหนึ่ง มีบทลงโทษตามมาตรา 97 วรรคสอง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน สองปี หรือปรับไม่เกิน 200,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

3.2 หากพ้นกำหนดเวลา 60 วันนับแต่วันที่เลิกกิจการ วันที่ใบอนุญาตสิ้นอายุ หรือวันที่ ไม่ได้รับอนุญาตให้ต่ออายุใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ แล้วแต่กรณี แต่ยังมีเครื่องมือแพทย์ตามใบอนุญาต ขายเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่ ห้ามผู้รับอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ดังกล่าว และให้ผู้รับอนุญาตแจ้งจำนวนและ สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่นั้นให้เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาทราบภายใน 15 วันนับแต่ ที่พ้นกำหนดเวลา โดยให้แจ้งในแบบ “แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อพ้น กำหนดระยะเวลาขายเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา 38 วรรคหนึ่ง (แบบ ล.พ. ๓) ผู้รับอนุญาตที่ไม่แจ้ง เป็นการ ฝ่าฝืนมาตรา 38 วรรคสอง มีบทลงโทษตามมาตรา 97 วรรคหนึ่ง ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 10,000 บาท