

คู่มือผู้ประกอบการ

ใบอนุญาตขาย

เครื่องมือแพทย์

ระบบ **SKYNET**



ขาย

(แก้ไขเปลี่ยนแปลง)

กองควบคุมเครื่องมือแพทย์
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
กระทรวงสาธารณสุข



Sn	Version	Date	Description	Release
1.	D001	28 พ.ค. 68		



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
Food and Drug Administration, Thailand

คู่มือการพิจารณาอนุญาตแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

ผู้จัดทำ

ภญ.ณปภัช กรมเมือง

กลุ่มกำกับดูแลสถานที่

กองควบคุมเครื่องมือแพทย์

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

กระทรวงสาธารณสุข

การพิจารณาคำขอผ่านระบบ SKYNET FDA

1. ขั้นตอนการส่งคำขอและเอกสารของผู้ประกอบการ

1.1 เข้าโปรแกรม www.google.com search “Skynet fda” หรือเข้า website <https://privus.fda.moph.go.th/>

1.2 log in โดยใช้ username และ password เดียวกับที่เปิด Open Id

1.3 ไปที่ icon “ผู้ประกอบการ” >> คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงจดทะเบียนสถานประกอบการ/ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ >> **เลือกเลขใบที่ต้องการแก้ไขเปลี่ยนแปลง** >> กด “สร้างคำขอ” >> กรอกข้อมูลในคำพร้อมกับแนบไฟล์เอกสารที่เกี่ยวข้อง >> กดยืนยันข้อมูล >> คลิกชำระเงิน “ค่าคำขอ” ออกใบสั่งชำระ และชำระเงิน >> ระบบจะส่งเรื่องไปให้เจ้าหน้าที่พิจารณา

1.4 เมื่อเจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารเรียบร้อยแล้ว

1.4.1 เมื่อเอกสารถูกต้อง สถานะจะเปลี่ยนเป็น “รับคำขอ” >> คลิกชำระเงิน “ม.44” (ถ้ามี) ออกใบสั่งชำระ และชำระเงิน >> เจ้าหน้าที่ผู้พิจารณาเสนอลงนามเพื่อรอการอนุมัติ

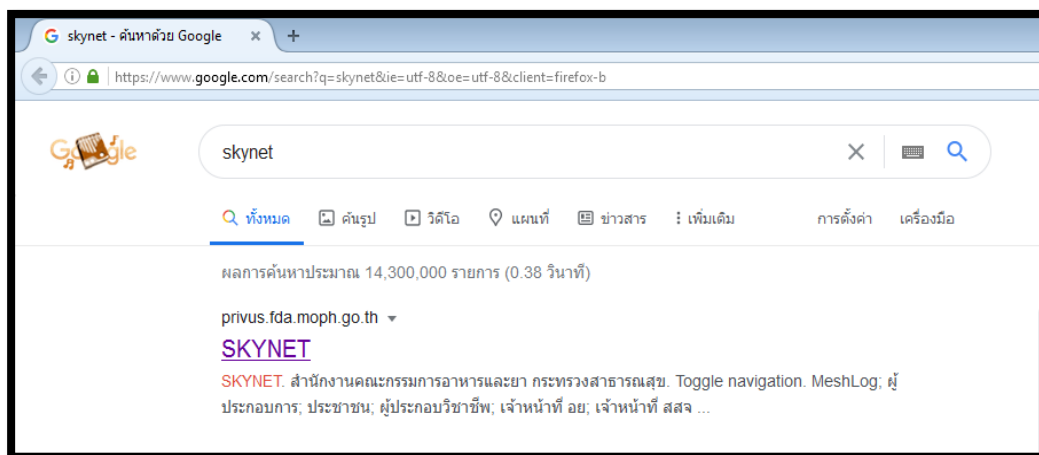
1.4.2 เมื่อเอกสารไม่ถูกต้องและต้องแก้ไข สถานะจะเปลี่ยนเป็น “ส่งให้ผู้ประกอบการแก้ไขคำขอ/เอกสารแนบ1” โดยเจ้าหน้าที่จะชี้แจงข้อบกพร่องของคำขอ/เอกสาร พร้อมกับสร้าง “กล่องข้อความ” เพื่อให้ผู้ประกอบการแนบเอกสารฉบับแก้ไข โดยสามารถส่งคำขอ/เอกสารที่แก้ไขผ่านระบบ skynet อนุญาตให้แก้ไข 1 ครั้ง ก่อนรับคำขอ (หากเลยกำหนดจะต้องถูกคืนคำขอโดยระบบอัตโนมัติ)

1.5 เมื่ออนุมัติเรียบร้อยแล้ว สถานะจะเปลี่ยนเป็น “อนุมัติ” >> ปริ้นท์ “ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์**”

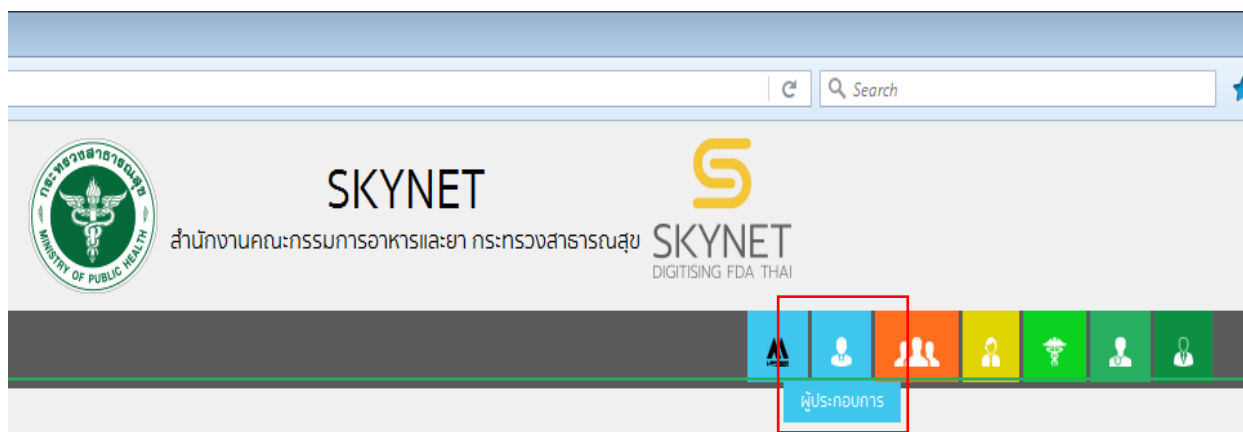
*****ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์จะแสดงในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ และมีการแสดง QR code เพื่อให้สามารถดูข้อมูลรายละเอียดที่รับการอนุญาตผ่าน QR code

2. ขั้นตอนการเข้าถึงคำขอ เอกสาร และการปรับสถานะคำขอ

1. เข้าโปรแกรม www.google.com >> search “Skynet fda” หรือเข้า website <https://privus.fda.moph.go.th/>

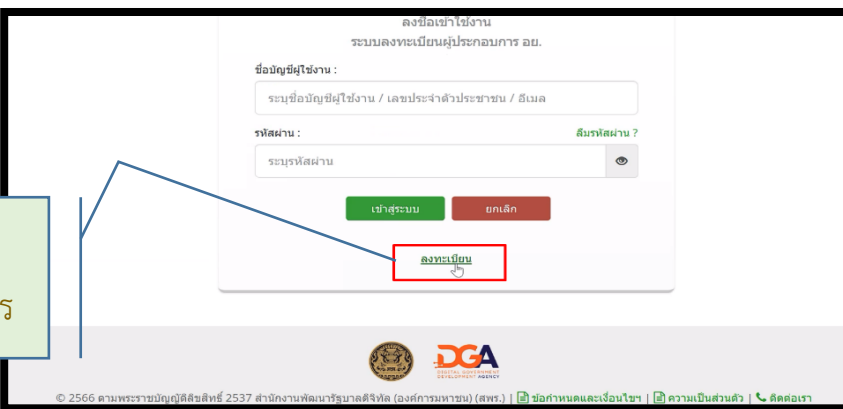


2. เลือก “ผู้ประกอบการ” (ไอคอนสีฟ้า)

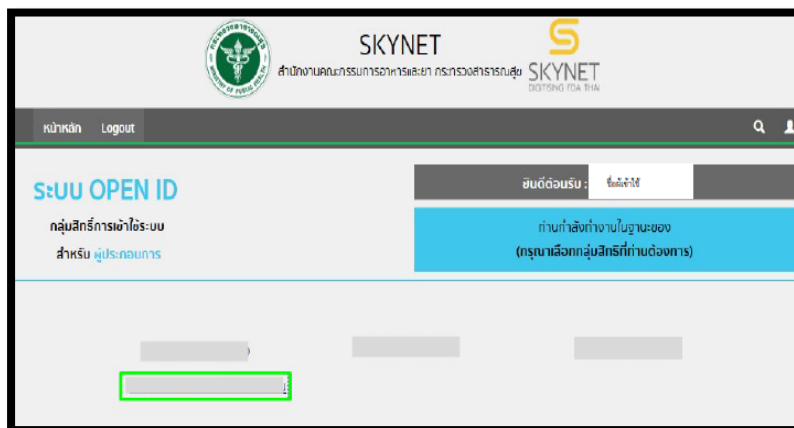


3. กรอก Username และ Password โดยใช้ Username และ Password เดียวกับตอนที่สมัคร Open Id

กรณีไม่มี Open ID
กดลงทะเบียนเพื่อสมัคร



4. เลือกชื่อ บริษัท(กรณีเป็นผู้รับมอบอำนาจบริษัทเดียว ระบบจะข้ามไป ข้อ 5 ทันที)



5. คลิกเลือกที่ “แก้ไขเปลี่ยนแปลงจดทะเบียนสถานประกอบการ/ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์”

หมายเหตุ: กรณีเป็นผู้รับมอบอำนาจหลายบริษัทจะขึ้นชื่อบริษัทที่ได้รับมอบอำนาจมาทั้งหมด

■ ผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์
จดทะเบียนสถานประกอบการ/
ใบอนุญาตขายเครื่องมือ
แพทย์

แก้ไขเปลี่ยนแปลงจดทะเบียน
สถานประกอบการ/ใบอนุญาต
ขายเครื่องมือแพทย์

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงจด
ทะเบียนสถานประกอบการ/ใบ
อนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

■ ระบบเพิ่มเติมเอกสาร

⊕ คำขอแก้ไข/เพิ่มเติม

■ เพิ่มข้อมูลผลิตภัณฑ์เฉพาะผู้
ผลิต (ส.ผ)

■ ระบบรายงานผู้ป่วยที่ใช้ตำแน
มเทียม

■ รายงานการผลิต นำเข้า หรือ
ขายเครื่องมือแพทย์

■ วินิจฉัยเครื่องมือแพทย์

■ แจ้งเลิกกิจการ ไม่ต่ออายุ

6. กรอกคำขอ

6.1 คลิกเลือกคำขอ “ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์” ที่ต้องการยื่นแก้ไขเปลี่ยนแปลง กด “สร้างคำขอ”

6.2 กด เลือก “ประเภทคำขอ” ที่ต้องการยื่น พร้อมทั้ง “กรอกข้อมูลคำขอ” ตามประเภทคำขอที่เลือก โดยแบ่งเป็น



การเลือกประเภทหัวข้อ

แบบ บ.ช.พ.๑

ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

ใบอนุญาตที่ ข.

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้แก่ **บริษัท เอ จำกัด**

โดยมี **นางสมศรี ใจดี** เป็นผู้ดำเนินการ

เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ ตามมาตรา ๒๔ แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑ สำหรับเครื่องมือแพทย์ (ตามเอกสารแนบท้าย)

ณ สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์ชื่อ **บริษัท เอ จำกัด**

ตั้งอยู่เลขที่ 5 ถนน หมู่ที่ -

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต คลองเตย

จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10110 โทรศัพท์ 0 2590 7280 โทรสาร

สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ ตั้งอยู่เลขที่ 5

ตรอก/ซอย ถนน หมู่ที่ 9

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต บางพลี

จังหวัด สมุทรปราการ รหัสไปรษณีย์ 10540 โทรศัพท์ 0 2590 7280 โทรสาร -

โดยมีผู้ควบคุมการขายในกรณีเป็นเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๖(๗) ดังนี้ (ตามเอกสารแนบท้าย)

ใบอนุญาตฉบับนี้ใช้ได้นับตั้งแต่วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. 2567 และให้ใช้เฉพาะสถานที่

ซึ่งระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ออกให้ ณ วันที่ 12 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
กระทรวงสาธารณสุข
ผู้อนุญาต

หมายเหตุ ได้รับใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ตั้งแต่วันที่ 12 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567

1.ขอเปลี่ยนแปลงชื่อของผู้จดทะเบียนสถานประกอบการ/ชื่อสถานที่ (ภายใต้เลขนิติบุคคลเดิม)

อธิบาย : เลขนิติบุคคลเป็นเลขเดิม แต่เปลี่ยนชื่อ

เช่น เปลี่ยนชื่อจาก “บริษัท เอ จำกัด” เป็น “บริษัท ซี จำกัด”

1.1 เปลี่ยนชื่อผู้จดทะเบียน (ชื่อบรรทัดแรกของใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์)

1.2 เปลี่ยนชื่อสถานที่ (ชื่อบรรทัดสามของใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์)

หัวข้อที่ต้องเลือกคือ : ชื่อผู้จดทะเบียน-> 1.เลือก “เลขเดิม”

2. กดอัปเดตข้อมูล ครั้งที่ 1 เพื่ออัปเดต “ชื่อผู้รับอนุญาต”

3. กดอัปเดตข้อมูล ครั้งที่ 2 เพื่ออัปเดตชื่อ “ชื่อสถานที่”

แก้ไขข้อมูลชื่อผู้จดทะเบียน / ชื่อสถานที่

ใบอนุญาตที่ ข. 6/88

เขียนที่ * **บริษัท บี จำกัด**

1. เลือก “เลขเดิม”

ชื่อผู้จดทะเบียน : ☒ เลขเดิม ☐ เลขนิติใหม่ กรณีแปรสภาพภายใต้นิติบุคคลเดิม

2. กดอัปเดตข้อมูล ครั้งที่ 1 เพื่ออัปเดต “ชื่อผู้จดทะเบียน”

อัปเดต ☒

อำเภอ **บริษัท ซี จำกัด** ☒ เป็นนิติบุคคลประเภท 5

0115550000001

3.กดอัปเดตข้อมูล ครั้งที่ 2 เพื่ออัปเดตชื่อ “ชื่อสถานที่”

สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์ชื่อ * : ☒ อัปเดต ☐

บริษัท ซี จำกัด

หัวข้อการแก้ไข ที่ระบบจะแสดง	หัวข้อการแก้ไข	หัวข้อการแก้ไขย่อย
	ขอเปลี่ยนแปลงชื่อของผู้อนุญาต/ชื่อสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์	เปลี่ยนชื่อของผู้รับอนุญาต
	ขอเปลี่ยนแปลงชื่อของผู้รับอนุญาต/ชื่อสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์	เปลี่ยนชื่อสถานที่



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
Food and Drug Administration, Thailand



แบบ บ.ข.พ.๑

ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

ใบอนุญาตที่ ข.

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

บริษัท เอ จำกัด

โดยมี

นางสมศรี ใจดี

เป็นผู้ดำเนินการ

เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ ตามมาตรา ๒๔ แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑ สำหรับเครื่องมือแพทย์

(ตามเอกสารแนบท้าย)

ณ สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์ชื่อ

บริษัท เอ จำกัด

ตั้งอยู่เลขที่

5

ตรอก/ซอย

พระโขนง

ถนน

อำเภอ/เขต

คลองเตย

หมู่ที่

-

จังหวัด

กรุงเทพมหานคร

รหัสไปรษณีย์

10110

โทรศัพท์

0 2590 7280

โทรสาร

-

สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ ตั้งอยู่เลขที่

5

ตรอก/ซอย

-

ถนน

-

หมู่ที่

9

ตำบล/แขวง

บางปลา

อำเภอ/เขต

บางพลี

จังหวัด

สมุทรปราการ

รหัสไปรษณีย์

10540

โทรศัพท์

0 2590 7280

โทรสาร

-

โดยมีผู้ควบคุมการขายในกรณีเป็นเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๒(๗) ดังนี้ (ตามเอกสารแนบท้าย)

ใบอนุญาตฉบับนี้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. 2567 และให้ใช้เฉพาะสถานที่

ซึ่งระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ออกให้ไว้ ณ วันที่

12

เดือน

มิถุนายน

พ.ศ. 2567



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

กระทรวงสาธารณสุข

ผู้อนุญาต

หมายเหตุ ได้รับใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ตั้งแต่วันที่ 12 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567

2.ขอแปรสภาพ (ตามหนังสือรับรองนิติบุคคล)

อธิบาย : เลขนิติบุคคลเป็นเลขใหม่ ภายใต้การแปรสภาพจากนิติบุคคลเดิม

เช่น เปลี่ยนชื่อจาก “บริษัท เอ จำกัด” เป็น “บริษัท เอ จำกัด (มหาชน)”

2.1 ชื่อผู้รับอนุญาตเปลี่ยน (ชื่อบรรทัดแรกของใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์)

2.2 ชื่อสถานที่เปลี่ยน (ชื่อบรรทัดสามของใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์)

หัวข้อที่ต้องเลือกคือ : ชื่อผู้รับอนุญาต->> 1.เลขนิติใหม่(กรณีแปรสภาพภายใต้เลขนิติบุคคลเดิม)

2. กรอกเลขนิติใหม่ >> กดอัปเดตข้อมูล

แก้ไขข้อมูลชื่อผู้จดทะเบียน / ชื่อสถานที่

ใบจดทะเบียนที่ ข. 2/68

เขียนที่ * บริษัท เอ จำกัด (มหาชน)

ชื่อผู้จดทะเบียน :

☒ เลขนิติใหม่ กรณีแปรสภาพภายใต้เลขนิติบุคคลเดิม ☐ เลขเดิม

เลขนิติเปลี่ยน : เมื่อกดปุ่มอัปเดตชื่อจะเปลี่ยน

กรอกเลขนิติใหม่ *

อัปเดต 0115550000001

สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์ชื่อ :

บริษัท เอ จำกัด (มหาชน)

2.2

test

☒ เป็นนิติบุคคลประเภท

บริษัท เอ จำกัด (มหาชน)

ทะเบียนเลขที่

0115550000001

2.1

หัวข้อการแก้ไข
ที่ระบบจะแสดง

หัวข้อการแก้ไข

ขอแปรสภาพ (ตามหนังสือรับรองนิติบุคคล)

หัวข้อการแก้ไขย่อย

-



การเลือกประเภทหัวข้อ



แบบ บ.ช.พ.๑

ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

ใบอนุญาตที่ ข.

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้แก่

ชื่อดำเนินการ บริษัท เอ จำกัด

โดยมี **นางสมศรี ใจดี** เป็นผู้ดำเนินการ

เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ ตามมาตรา ๒๔ แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑ สำหรับเครื่องมือแพทย์ (ตามเอกสารแนบท้าย)

ณ สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์ชื่อ บริษัท เอ จำกัด

ตั้งอยู่เลขที่ 5

ตรอก/ซอย ถนน หมู่ที่ -

ตำบล/แขวง พระโขนง อำเภอ/เขต คลองเตย

จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10110 โทรศัพท์ 0 2590 7280 โทรสาร -

สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ ตั้งอยู่เลขที่ 5

ตรอก/ซอย ถนน หมู่ที่ 9

ตำบล/แขวง บางปลา อำเภอ/เขต บางพลี

จังหวัด สมุทรปราการ รหัสไปรษณีย์ 10540 โทรศัพท์ 0 2590 7280 โทรสาร -

โดยมีผู้ควบคุมการขายในกรณีเป็นเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๒(๗) ดังนี้ (ตามเอกสารแนบท้าย)

ใบอนุญาตฉบับนี้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. 2567 และให้ใช้เฉพาะสถานที่

ซึ่งระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ออกให้ ณ วันที่ 12 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
กระทรวงสาธารณสุข
ผู้อนุญาต

หมายเหตุ ได้รับใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ตั้งแต่วันที่ 12 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567

3. ขอเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับผู้ดำเนินการ

3.1 เปลี่ยนผู้ดำเนินการจากคนเดิมเป็นคนใหม่

เช่น เปลี่ยนจาก “นางสมศรี ใจดี” เป็น “นายสมปอง ใจดี”

หัวข้อที่ต้องเลือกคือ : ผู้ดำเนินการ_>> 1.เลือกหัวข้อ “คนใหม่”

2.กรอกเลขบัตรประชาชน/เลขwork permit >> กดยืนยันเลขบัตร

3.กรอกข้อมูลผู้ดำเนินการ

แก้ไขข้อมูลผู้ดำเนินการ

โดยมี **นางสมศรี ใจดี** (คนเดิม) เป็นผู้ดำเนินการแทนปัจจุบัน

☒ คนใหม่
☐ คนเดิม

รูปถ่ายของผู้ดำเนินการ (แนบไฟล์ในรูปแบบของ .jpg และ ขนาดไฟล์รูปไม่เกิน 100KB เท่านั้น) *

1.แนบภาพถ่ายผู้ดำเนินการ

เลือกไฟล์

2.ระบุเลขบัตรประชาชนหรือ workpermit พร้อมกดยืนยันเลขบัตร

บัตรประจำตัวประชาชน (กรณีต่างชาติให้ใส่ workpermit แทน) ** กรุณากรอกเลขบัตรประชาชน

3.กรอกข้อมูล คำนำหน้า ชื่อ นามสกุล เบอร์โทรศัพท์มือถือ E-mail และสัญชาติของผู้ดำเนินการให้ครบ

คำนำหน้า * นามสกุล *

เบอร์โทรศัพท์มือถือ * E-mail *

สัญชาติ *

หัวข้อการแก้ไข
ที่ระบบจะแสดง

หัวข้อการแก้ไข

ขอเปลี่ยนแปลงผู้ดำเนินการ

หัวข้อการแก้ไขย่อย

-

แบบ บ.ช.พ.๓



ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

ใบอนุญาตที่ ข.

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่
ชื่อดำเนินการ
โดยมี **นางสมศรี ใจดี** เป็นผู้ดำเนินการ
เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ ตามมาตรา ๒๔ แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์
พ.ศ. ๒๕๕๑ สำหรับเครื่องมือแพทย์ (ตามเอกสารแนบท้าย)

บริษัท เอ จำกัด

นางสมศรี ใจดี

ณ สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์ชื่อ บริษัท เอ จำกัด

ตั้งอยู่เลขที่ 5 ถนน หมู่ที่ -

ตำบล/แขวง พระโขนง อำเภอ/เขต คลองเตย

จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10110 โทรศัพท์ 0 2590 7280 โทรสาร -

สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ ตั้งอยู่เลขที่ 5 หมู่ที่ 9

ตำบล/แขวง บางปลา อำเภอ/เขต บางพลี

จังหวัด สมุทรปราการ รหัสไปรษณีย์ 10540 โทรศัพท์ 0 2590 7280 โทรสาร -

โดยมีผู้ควบคุมการขายในกรณีเป็นเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๒(๗) ดังนี้ (ตามเอกสารแนบท้าย)

ใบอนุญาตฉบับนี้ใช้ไดจนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. 2567 และให้ใช้เฉพาะสถานที่

ซึ่งระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ออกให้ไว้ ณ วันที่ 12 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

กระทรวงสาธารณสุข

ผู้อนุญาต



หมายเหตุ ได้รับใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ตั้งแต่วันที่ 12 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567

3. ขอเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับผู้ดำเนินการ

3.2 แจ้งเปลี่ยนคำนำหน้า/ชื่อ/ชื่อสกุล/คำนำหน้า/ภาพถ่าย ของผู้ดำเนินการคนเดิม

เช่น เปลี่ยนจาก “นางสมศรี ใจดี” เป็น “นางสมพร ใจดี”

หัวข้อที่ต้องเลือกคือ : ผู้ดำเนินการ_>> 1.เลือกหัวข้อ “คนเดิม”

2.ระบุข้อมูลที่ต้องการแก้ไข

3.ตรวจสอบข้อมูล เบอร์โทรศัพท์มือถือ , E-mail ผู้ดำเนินการ

แก้ไขข้อมูลผู้ดำเนินการ

โดยมี **นางสมศรี ใจดี (เดิม)** เป็นผู้ดำเนินการแทนนิติบุคคล

☐ คนใหม่
☒ คนเดิม

☐ คำนำหน้า
☒ ชื่อ
☐ นามสกุล
☐ เปลี่ยนภาพถ่ายผู้ดำเนินการ

รูปถ่ายของผู้ดำเนินการ (แนบไฟล์ในรูปแบบของ .jpg และ ขนาดไฟล์รูปไม่เกิน 100KB เท่านั้น) *



2.ระบุข้อมูลที่ต้องการแก้ไข เช่น ต้องการแก้ไขเฉพาะชื่อ ระบบจะแสดงกล่องข้อความ เฉพาะหัวข้อ “ชื่อ” ให้กรอก

3. ตรวจสอบข้อมูล เบอร์โทรศัพท์มือถือ , E-mail ผู้ดำเนินการ หากต้องการแก้ไขข้อมูลหรือเดิมข้อมูลให้ครบ

ชื่อ *

เบอร์โทรศัพท์มือถือ *

E-mail *

สัญชาติ *

หัวข้อการแก้ไข
ที่ระบบจะแสดง

หัวข้อการแก้ไข
ขอเปลี่ยนแปลงผู้ดำเนินการ

หัวข้อการแก้ไขย่อย
-



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
Food and Drug Administration, Thailand



แบบ บ.ช.พ.๑

ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

ใบอนุญาตที่ ข.

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

บริษัท เอ จำกัด

โดยมี

นางสมศรี ใจดี

เป็นผู้ดำเนินการ

เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ ตามมาตรา ๒๔ แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑ สำหรับเครื่องมือแพทย์ (ตามเอกสารแนบท้าย)

ณ สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์ชื่อ

บริษัท เอ จำกัด

ตั้งอยู่เลขที่

5

ตรอก/ซอย

ถนน

หมู่ที่

-

ตำบล/แขวง

พระโขนง

อำเภอ/เขต

คลองเตย

จังหวัด

กรุงเทพมหานคร

รหัสไปรษณีย์

10110

โทรศัพท์

0 2590 7280

โทรสาร

สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ ตั้งอยู่เลขที่

5

ตรอก/ซอย

ถนน

หมู่ที่

9

ตำบล/แขวง

บางปลา

อำเภอ/เขต

บางพลี

จังหวัด

สมุทรปราการ

รหัสไปรษณีย์

10540

โทรศัพท์

0 2590 7280

โทรสาร

โดยมีผู้ควบคุมการขายในกรณีเป็นเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๒(๗) ดังนี้

(ตามเอกสารแนบท้าย)

ใบอนุญาตฉบับนี้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. 2567

และให้ใช้เฉพาะสถานที่

ซึ่งระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ออกให้ไว้ ณ วันที่

12

เดือน

มิถุนายน

พ.ศ. 2567



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
กระทรวงสาธารณสุข

ผู้อนุญาต

หมายเหตุ ได้รับใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ตั้งแต่วันที่ 12 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567

4. ขอเปลี่ยนแปลงข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ขายเครื่องมือแพทย์

4.1 ขอย้ายสถานที่ขายเครื่องมือแพทย์

คำอธิบาย : การย้ายสถานที่ขายจากที่ตั้งเดิม ไปที่ตั้งใหม่

หัวข้อที่ต้องเลือกคือ : สถานที่ขาย_>> 1.เลือกหัวข้อ “ย้ายสถานที่ขาย”

2.ระบุข้อมูลที่อยู่ตามที่จัดใน DBD/ใบทะเบียนการค้า

3. กรอกข้อมูลเลขรหัสประจำบ้าน, latitude,longitude ให้เรียบร้อย

สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์

☐แก้ไขเปลี่ยนแปลงแผนผังภายในเลขที่ตั้งเดิม ☒ย้ายสถานที่ขาย ☐เปลี่ยนรายละเอียดที่อยู่ในเลขที่ตั้งเดิม ☐เปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์

1.เลือกหัวข้อ “ย้ายสถานที่ขาย”

ตั้งอยู่เลขที่ *

8888

ตรอก/ซอย

ถนน

สีวานนท์

หมู่ที่

จังหวัด *

นนทบุรี

อำเภอ/เขต *

เมืองนนทบุรี

ตำบล/แขวง *

ตลาดขวัญ

รหัสไปรษณีย์ *

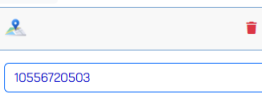
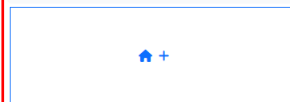
11000

โทรศัพท์ *

โทรสาร

2.ระบุข้อมูลที่อยู่ตามที่จัดใน DBD/ใบทะเบียนการค้า

เลขรหัสประจำบ้าน * (กรอกเลขรหัสประจำบ้าน 11 หลัก อย่างน้อย 1 เลขประจำบ้าน)



3.กรอกข้อมูลเลขรหัสประจำบ้าน, latitude,longitude ให้เรียบร้อย

Latitude *

13.84685905

Longitude *

100.5274501

วิธีเช็ค LATITUDE | LONGITUDE

หัวข้อการแก้ไข
ที่ระบบจะแสดง

1. หัวข้อการแก้ไข

แก้ไขเปลี่ยนแปลงแผนผังภายในสถานที่ขายเครื่องมือแพทย์(ภายใต้เลขที่ตั้งเดิม)

หัวข้อการแก้ไขย่อย

-



แบบ บ.ช.พ.๑

ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

ใบอนุญาตที่ ข.

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้แก...

บริษัท เอ จำกัด

โดยมี

นางสมศรี ใจดี

เป็นผู้ดำเนินการ

เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ ตามมาตรา ๒๔ แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์

พ.ศ. ๒๕๕๑ สำหรับเครื่องมือแพทย์

(ตามเอกสารแนบท้าย)

ณ สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์ชื่อ

บริษัท เอ จำกัด

ตั้งอยู่เลขที่ 5
ตรอก/ซอย ถนน หมู่ที่ -

ตำบล/แขวง พระโขนง อำเภอ/เขต คลองเตย

จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10110 โทรศัพท์ 0 2590 7280 โทรสาร

สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ ตั้งอยู่เลขที่ 5

ตรอก/ซอย ถนน หมู่ที่ 9

ตำบล/แขวง บางปลา อำเภอ/เขต บางพลี

จังหวัด สมุทรปราการ รหัสไปรษณีย์ 10540 โทรศัพท์ 0 2590 7280 โทรสาร

โดยมีผู้ควบคุมการขายในกรณีเป็นเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๒(๗) ดังนี้

(ตามเอกสารแนบท้าย)

ใบอนุญาตฉบับนี้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. 2567 และให้ใช้เฉพาะสถานที่

ซึ่งระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ออกให้ ณ วันที่ 12 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
กระทรวงสาธารณสุข

ผู้อนุญาต

หมายเหตุ: ได้รับใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ตั้งแต่วันที่ 12 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567

4. ขอเปลี่ยนแปลงข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ขายเครื่องมือแพทย์

4.3 ขอเปลี่ยนแปลงที่อยู่ในเลขที่ตั้งเดิม

คำอธิบาย : เฉพาะกรณีที่อยู่เดิมที่ได้รับอนุญาต มีการปรับเปลี่ยนไปตามกรรมการปกครอง เช่น การเปลี่ยน เลขที่ตั้ง ชื่อ ซอย ชื่อ หมู่ ชื่อแขวง (เลขรหัสประจำบ้านเป็นเลขเดิม)

: กรณีเลขที่ตั้งเดิมเปลี่ยนขั้นหรืออื่นๆ เช่น เลขที่ 5 เปลี่ยนเป็น เลขที่ 9

หัวข้อที่ต้องเลือกคือ : สถานที่ขาย->> 1.เลือกหัวข้อ “ขอเปลี่ยนแปลงที่อยู่ในเลขที่ตั้งเดิม”

2.ระบุข้อมูลที่อยู่ตามที่จัดใน DBD/ใบทะเบียนการค้า

3. กรอกข้อมูลเลขรหัสประจำบ้าน, latitude,longitude ให้เรียบร้อย

สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์		
☐ แก้ไขเปลี่ยนแปลงแผนผังภายในเลขที่ตั้งเดิม ☐ ย้ายสถานที่ขาย ☒ เปลี่ยนรายละเอียดที่อยู่ในเลขที่ตั้งเดิม ☐ เปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์		
ตั้งอยู่เลขที่ *	ตรอก/ซอย	ถนน
8888		สีวานนท์
หมู่ที่	จังหวัด *	อำเภอ/เขต *
	นนทบุรี	เมืองนนทบุรี
ตำบล/แขวง *	รหัสไปรษณีย์ *	โทรศัพท์ *
ตลาดขวัญ	11000	0859072801
โทรสาร		
2.ระบุข้อมูลที่อยู่ตามที่จัดใน DBD/ใบทะเบียนการค้า		
เลขรหัสประจำบ้าน (กรอกเลขหลักประจำบ้าน 11 หลัก สำหรับอาคาร และเลข 4 หลัก สำหรับร้านค้า)		
10556720503		
latitude *	longitude *	
13.84685805	100.5274501	
วิธีเช็ค LATITUDE LONGITUDE		

หัวข้อการแก้ไข
ที่ระบบจะแสดง

หัวข้อการแก้ไข
ขอเปลี่ยนแปลงที่อยู่ในเลขที่ตั้งเดิม

หัวข้อการแก้ไข
เปลี่ยนที่อยู่ในเลขที่ตั้งเดิมสถานที่ขาย



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
Food and Drug Administration, Thailand



แบบ บ.ช.พ.๑

ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

ใบอนุญาตที่ ข.

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

บริษัท เอ จำกัด

โดยมี

นางสมศรี ใจดี

เป็นผู้ดำเนินการ

เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ ตามมาตรา ๒๔ แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์

พ.ศ. ๒๕๕๑ สำหรับเครื่องมือแพทย์

(ตามเอกสารแนบท้าย)

ณ สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์ชื่อ

บริษัท เอ จำกัด

ตั้งอยู่เลขที่

5

ตรอก/ซอย

ถนน

หมู่ที่

-

ตำบล/แขวง

พระโขนง

อำเภอ/เขต

คลองเตย

จังหวัด

กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10110 โทรศัพท์ 0 2590 7280 โทรสาร

สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ ตั้งอยู่เลขที่

5

ตรอก/ซอย

ถนน

หมู่ที่

9

ตำบล/แขวง

บางปลา

อำเภอ/เขต

บางพลี

จังหวัด

สมุทรปราการ รหัสไปรษณีย์ 10540 โทรศัพท์ 0 2590 7280 โทรสาร

โดยมีผู้ควบคุมการขายในกรณีเป็นเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๖(๗) ดังนี้

(ตามเอกสารแนบท้าย)

ใบอนุญาตฉบับนี้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. 2567 และให้ใช้เฉพาะสถานที่

ซึ่งระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ออกให้ไว้ ณ วันที่ 12 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

กระทรวงสาธารณสุข

ผู้อนุญาต

หมายเหตุ ได้รับใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ตั้งแต่วันที่ 12 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567

4. ขอเปลี่ยนแปลงข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ขายเครื่องมือแพทย์

4.4 ขอเปลี่ยนแปลงเบอร์โทรศัพท์

คำอธิบาย : เฉพาะกรณีที่อยู่เป็นที่อยู่เดิมที่เคยขออนุญาตไว้และประสงค์แจ้งเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์ แต่กรณีที่ ย้ายที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์เปลี่ยนให้ระบุเบอร์ใหม่ในหัวข้อการย้ายสถานที่ได้เลยไม่ต้องแจ้งเปลี่ยนเบอร์ โทรศัพท์

หัวข้อที่ต้องเลือกคือ : สถานที่ขาย->> 1.เลือกหัวข้อ “ขอเปลี่ยนแปลงเบอร์โทรศัพท์”

ระบุข้อมูล “เบอร์โทรศัพท์”

สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์			1.เลือกหัวข้อ “ขอเปลี่ยนแปลงเบอร์โทรศัพท์”
☐ แก้ไขเปลี่ยนแปลงแผนผังภายในและที่ตั้งเดิม ☐ ย้ายสถานที่ขาย ☐ เปลี่ยนรายละเอียดที่อยู่ในเลขที่ตั้งเดิม ☒ เปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์			
ที่อยู่เลขที่ *	ตรอก/ซอย	ถนน	
8888		สีวานนท์	
หมู่ที่	จังหวัด *	อำเภอ/เขต *	
	นนทบุรี	เมืองนนทบุรี	
ตำบล/แขวง *	รหัสไปรษณีย์ *	โทรศัพท์ *	
ตลาดขวัญ	11000		
โทรสาร			
เลขรหัสประจำบ้าน * กรอกเลขรหัสประจำบ้าน 11 หลัก อย่างน้อย 1 เลขประจำบ้าน			
🏠 + 10556720503			
latitude *		longitude *	
13.84685805		100.5274501	
รหัสชุด LATITUDE LONGITUDE			

หัวข้อการแก้ไข
ที่ระบบจะแสดง

หัวข้อการแก้ไข	หัวข้อการแก้ไขย่อย
ขอเปลี่ยนแปลงเบอร์โทรศัพท์	เปลี่ยนเบอร์สถานที่ขาย



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
Food and Drug Administration, Thailand



แบบ บ.ช.พ.๑

ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

ใบอนุญาตที่ ข.

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

บริษัท เอ จำกัด

โดยมี

นางสมศรี ใจดี

เป็นผู้ดำเนินการ

เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ ตามมาตรา ๒๔ แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑ สำหรับเครื่องมือแพทย์ (ตามเอกสารแนบท้าย)

ณ สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์ชื่อ บริษัท เอ จำกัด

ตั้งอยู่เลขที่ 5

ตรอก/ซอย ถนน หมู่ที่ -

ตำบล/แขวง พระโขนง อำเภอ/เขต คลองเตย

จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10110 โทรศัพท์ 0 2590 7280 โทรสาร

สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ ตั้งอยู่เลขที่ 5

ตรอก/ซอย ถนน หมู่ที่ 9

ตำบล/แขวง บางปลา อำเภอ/เขต บางพลี

จังหวัด สมุทรปราการ รหัสไปรษณีย์ 10540 โทรศัพท์ 0 2590 7280 โทรสาร -

โดยมีผู้ควบคุมการขายในกรณีเป็นเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๒๔(๒) ดังนี้ (ตามเอกสารแนบท้าย)

ใบอนุญาตฉบับนี้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ และให้ใช้เฉพาะสถานที่

ซึ่งระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ออกให้ไว้ ณ วันที่ 12 เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๗



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
กระทรวงสาธารณสุข

ผู้อนุญาต

หมายเหตุ ได้รับใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ตั้งแต่วันที่ 12 เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๗

5. ขอเปลี่ยนแปลงข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์

5.1 ขอเพิ่มสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์

คำอธิบาย : เพิ่มสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์แห่งใหม่จากที่เคยได้รับอนุญาต

หัวข้อที่ต้องเลือกคือ : สถานที่เก็บรักษา_>> 1.คลิก “เพิ่มสถานที่เก็บ ” ตามจำนวนที่ต้องการเพิ่มสถานที่เก็บ

2.ระบุข้อมูลที่อยู่ตามที่จัดใน DBD/ใบทะเบียนการค้า หากไม่ได้จัดใน DBD/ใบทะเบียนการค้าให้ระบุตามทะเบียนบ้าน

3.กรอกข้อมูลเลขรหัสประจำบ้าน, latitude,longitude ให้เรียบร้อย

สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ จำนวน ... แห่ง

ระบบแสดงจำนวน
ที่เก็บทั้งหมด”

เพิ่มสถานที่เก็บ

1.คลิกตามจำนวนที่ต้องการเพิ่มสถานที่เก็บ

*กรณีสถานที่เก็บมี 1 แสดงแต่เป็นสีเขียวกับสถานที่นำเข้าไปใช้ถูกต้องแล้วแล้วไม่แสดงออกข้อมูลซ้ำ
**กรณีมีใบทะเบียนการค้าเป็นสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ 1 แห่ง ให้กรอกข้อมูลสถานที่เก็บตามบ้าน

สถานที่เก็บรักษา แห่งที่ 2 ☐ สถานที่เดียวกับสถานที่ขายข้างต้น

2. ตั้งอยู่เลขที่ * ตรอก/ซอย ถนน

หมู่ที่ จังหวัด * อำเภอ/เขต *

ตำบล/แขวง * รหัสไปรษณีย์ * โทรศัพท์ *

โทรสาร

2.ระบุข้อมูลที่อยู่ตามที่จัดใน DBD/ใบทะเบียนการค้า หากไม่ได้จัดใน DBD/ใบทะเบียนการค้าให้ระบุตามทะเบียนบ้าน

3.กรอกข้อมูลเลขรหัสประจำบ้าน, latitude,longitude ให้เรียบร้อย

latitude * longitude *

** (กรณีสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์เดิมมีจากใบทะเบียนการค้า)

หัวข้อการแก้ไข
ที่ระบบจะแสดง

หัวข้อการแก้ไข

ขอเพิ่มสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์

หัวข้อการแก้ไขย่อย

-



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
Food and Drug Administration, Thailand



แบบ บ.ช.พ.๓

ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

ใบอนุญาตที่ ข.

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

บริษัท เอ จำกัด

โดยมี

นางสมศรี ใจดี

เป็นผู้ดำเนินการ

เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ ตามมาตรา ๒๔ แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑ สำหรับเครื่องมือแพทย์ (ตามเอกสารแนบท้าย)

ณ สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์ชื่อ บริษัท เอ จำกัด

ตั้งอยู่เลขที่ 5 ถนน หมู่ที่ -

ตำบล/แขวง พระโขนง อำเภอ/เขต คลองเตย

จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10110 โทรศัพท์ 0 2590 7280 โทรสาร

สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ ตั้งอยู่เลขที่ 5

ตรอก/ซอย - ถนน - หมู่ที่ 9

ตำบล/แขวง บางปลา อำเภอ/เขต บางพลี

จังหวัด สมุทรปราการ รหัสไปรษณีย์ 10540 โทรศัพท์ 0 2590 7280 โทรสาร -

โดยมีผู้ควบคุมการจำหน่ายเครื่องมือแพทย์ตามตรา ๒(๓) ดังนี้ (ตามเอกสารแนบท้าย)

ใบอนุญาตฉบับนี้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. 2567 และให้ใช้เฉพาะสถานที่

ซึ่งระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ออกให้ไว้ ณ วันที่ 12 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

กระทรวงสาธารณสุข

ผู้อนุญาต

หมายเหตุ ได้รับใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ตั้งแต่วันที่ 12 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567

5. ขอเปลี่ยนแปลงข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์

5.2 ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงแผนผังภายในสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์(ภายใต้เลขที่ตั้งเดิม)

เช่น การแจ้งแก้ไขแผนผังภายในเลขที่ตั้งเดิม

>> การแก้ไขดังกล่าวเป็นการแจ้งแก้ไขประวัติแผนผังภายในสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์เท่านั้น ซึ่งหลังได้รับอนุญาตจะพบเพียงประวัติการแจ้งแก้ไข ข้อมูลในหน้าใบอนุญาตจะยังปรากฏเป็นข้อมูลเดิม (การเลือกหัวข้อนี้เพียงหัวข้อเดียวจะไม่สามารถแก้ไขข้อมูลที่ตั้งได้ จะทำได้เพียงแนบไฟล์เอกสารประกอบ คำขอเท่านั้น)

หัวข้อที่ต้องเลือกคือ : สถานที่ขาย->> 1.เลือกหัวข้อ “แก้ไขเปลี่ยนแปลงแผนผังภายในเลขที่ตั้งเดิม”

2.ตรวจสอบข้อมูล เลขรหัสประจำบ้าน, latitude , longitude

สถานที่เก็บรักษา		1.เลือกหัวข้อ “แก้ไขเปลี่ยนแปลงแผนผังภายในเลขที่ตั้งเดิม”	
☒ แก้ไขเปลี่ยนแปลงแผนผังภายในเลขที่ตั้งเดิม ☐ ย้ายสถานที่เก็บ ☐ เปลี่ยนรายละเอียดที่อยู่เลขที่ตั้งเดิม ☐ เปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์ ☐ ยกเลิกสถานที่เก็บ			
1. ตั้งอยู่เลขที่ *	ตรอก/ซอย	ถนน	
9999		ตำรวจ	
หมู่ที่	จังหวัด *	อำเภอ/เขต *	
	นนทบุรี	เมืองนนทบุรี	
ตำบล/แขวง *	รหัสไปรษณีย์ *	โทรศัพท์ *	
ตลาดขวัญ	11000	0725907281	
โทรสาร			
025907280			
เลขรหัสประจำบ้าน * (ตรวจสอบให้แน่ใจว่าเป็น 11 หลัก)		2.ตรวจสอบข้อมูล เลขรหัสประจำบ้าน, latitude , longitude	
12345678910			
latitude *	longitude *		
13.8468580831311	100.527450647778		
** (ถ้ามีสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์เดิมแล้ว ให้ระบุตำแหน่งด้วย)			

หัวข้อการแก้ไข
ที่ระบบจะแสดง

หัวข้อการแก้ไข

หัวข้อการแก้ไขย่อย

แก้ไขเปลี่ยนแปลงแผนผังภายในสถานที่ขายเครื่องมือแพทย์(ภายใต้เลขที่ตั้งเดิม)

-



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
Food and Drug Administration, Thailand



แบบ บ.ช.พ.๑

ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

ใบอนุญาตที่ ข.

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

บริษัท เอ จำกัด

โดยมี

นางสมศรี ใจดี

เป็นผู้ดำเนินการ

เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ ตามมาตรา ๒๔ แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์

พ.ศ. ๒๕๕๑ สำหรับเครื่องมือแพทย์

(ตามเอกสารแนบท้าย)

ณ สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์ชื่อ บริษัท เอ จำกัด

ตั้งอยู่เลขที่ 5

ตรอก/ซอย ถนน หมู่ที่ -

ตำบล/แขวง พระโขนง อำเภอ/เขต คลองเตย

จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10110 โทรศัพท์ 0 2590 7280 โทรสาร

สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ ตั้งอยู่เลขที่ 5

ตรอก/ซอย ถนน หมู่ที่ 9

ตำบล/แขวง บางปลา อำเภอ/เขต บางพลี

จังหวัด สมุทรปราการ รหัสไปรษณีย์ 10540 โทรศัพท์ 0 2590 7280 โทรสาร -

โดยมีผู้ควบคุมการขายในกรณีเป็นเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๒(๗) ดังนี้ (ตามเอกสารแนบท้าย)

ใบอนุญาตฉบับนี้ใช้ไดจนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. 2567 และให้ใช้เฉพาะสถานที่

ซึ่งระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ออกให้ไว้ ณ วันที่ 12 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

กระทรวงสาธารณสุข

ผู้อนุญาต

หมายเหตุ ได้รับใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ตั้งแต่วันที่ 12 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567

5. ขอเปลี่ยนแปลงข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์

5.3 ขอย้ายสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์

คำอธิบาย : การย้ายสถานที่เก็บรักษาจากที่ตั้งเดิม ไปที่ตั้งใหม่

หัวข้อที่ต้องเลือกคือ : สถานที่เก็บรักษา_>> 1.เลือกหัวข้อ “ย้ายสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์”

2.ระบุข้อมูลที่อยู่ตามที่จัดใน DBD/ใบทะเบียนการค้า หากไม่ได้จัดใน DBD/ใบทะเบียนการค้าให้ระบุตามทะเบียนบ้าน

3. กรอกข้อมูลเลขรหัสประจำบ้าน, latitude, longitude ให้เรียบร้อย

สถานที่เก็บรักษา แห่งที่ 1 ☐ สถานที่เดียวกับสถานที่นำเข้าข้างต้น ☐ ☒ ย้ายสถานที่เก็บรักษา ☐ เปลี่ยนรายละเอียดที่อยู่ในเลขที่ตั้งเดิม ☐ เปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์

☐ ไม่เปลี่ยนแปลงแผนผังภายในเลขที่ตั้งเดิม ☒ ย้ายสถานที่เก็บรักษา ☐ เปลี่ยนรายละเอียดที่อยู่ในเลขที่ตั้งเดิม ☐ เปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์

1.เลือกหัวข้อ “ย้ายสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์”

1. ด่วนอยู่เลขที่ *	ตรอก/ซอย	ถนน
456		พหลโยธิน
หมู่ที่	จังหวัด *	อำเภอ/เขต *
	กรุงเทพมหานคร	จตุจักร
ตำบล/แขวง *	รหัสไปรษณีย์ *	โทรศัพท์ *
จตุจักร	10900	0259070218
โทรสาร	2.ระบุข้อมูลที่อยู่ตามที่จัดใน DBD/ใบทะเบียนการค้า หรือทะเบียนบ้าน	
025907280		

เลขรหัสประจำบ้าน * กรอกเลขรหัสประจำบ้าน 11 หลัก

3.กรอกข้อมูลเลขรหัสประจำบ้าน, latitude, longitude ให้เรียบร้อย

latitude * 13.8468580831311 longitude * 100.527450647778

** (ถ้ามีสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์เดิมและขอย้ายไปอยู่บ้านเลขที่ใหม่)

หัวข้อการแก้ไข
ที่ระบบจะแสดง

หัวข้อการแก้ไข

ย้ายสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์

หัวข้อการแก้ไขย่อย

-



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
Food and Drug Administration, Thailand



แบบ บ.ช.พ.๑

ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

ใบอนุญาตที่ ข.

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้แก่

บริษัท เอ จำกัด

โดยมี

นางสมศรี ใจดี

เป็นผู้ดำเนินการ

เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ ตามมาตรา ๒๔ แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑ สำหรับเครื่องมือแพทย์ (ตามเอกสารแนบท้าย)

ณ สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์ชื่อ

บริษัท เอ จำกัด

ตั้งอยู่เลขที่

5

ตรอก/ซอย

ถนน

หมู่ที่ -

ตำบล/แขวง

พระโขนง

อำเภอ/เขต

คลองเตย

จังหวัด กรุงเทพมหานคร

รหัสไปรษณีย์ 10110

โทรศัพท์ 0 2590 7280

โทรสาร

สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ ตั้งอยู่เลขที่

5

ตรอก/ซอย

ถนน

หมู่ที่ 9

ตำบล/แขวง

บางปลา

อำเภอ/เขต

บางพลี

จังหวัด สมุทรปราการ

รหัสไปรษณีย์ 10540

โทรศัพท์ 0 2590 7280

โทรสาร -

โดยมีผู้ควบคุมการขายในกรณีเป็นเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๒(๗) ดังนี้ (ตามเอกสารแนบท้าย)

ใบอนุญาตฉบับนี้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. 2567

และให้เฉพาะสถานที่

ซึ่งระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ออกให้ไว้ ณ วันที่

12

เดือน

มิถุนายน

พ.ศ. 2567



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

กระทรวงสาธารณสุข

ผู้อนุญาต

หมายเหตุ ได้รับใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ตั้งแต่วันที่ 12 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567

5. ขอเปลี่ยนแปลงข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์

5.4 ขอเปลี่ยนแปลงที่อยู่ในเลขที่ตั้งเดิม : แก้ไขได้เฉพาะตำแหน่ง เลขที่ตั้ง,ถนน,ตรอก/ซอย/ตำบล/แขวง,รหัสไปรษณีย์

คำอธิบาย : เฉพาะกรณีที่อยู่เดิมที่ได้รับอนุญาต มีการปรับเปลี่ยนไปตามกรมการปกครอง เช่น การเปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อ ซอย ชื่อ หมู่ ชื่อแขวง (เลขรหัสประจำบ้านเป็นเลขเดิม)

: กรณีเลขที่ตั้งเดิมเปลี่ยนชั้นหรืออื่นๆ เช่น เลขที่ 5 เปลี่ยนเป็น เลขที่ 5

หัวข้อที่ต้องเลือกคือ : สถานที่เก็บรักษา_>> 1.เลือกหัวข้อ “ขอเปลี่ยนแปลงที่อยู่ในเลขที่ตั้งเดิม”

2.ระบุข้อมูลที่อยู่ตามที่ตั้งใน DBD/ใบทะเบียนการค้า

3.กรอกข้อมูลเลขรหัสประจำบ้าน, latitude,longitude ให้เรียบร้อย

สถานที่เก็บรักษา แห่งที่ 1

☐ สถานที่เดียวกับสถานที่ขายข้างต้น

☐ แก้ไขเปลี่ยนแปลงแบบมีภายในเลขที่ตั้งเดิม ☐ ย้ายสถานที่เก็บ ☒ เปลี่ยนรายละเอียดที่อยู่ในเลขที่ตั้งเดิม ☐ เปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์ ☐ ย้ายสถานที่เก็บ

1. ตั้งอยู่เลขที่ *

456

ตรอก/ซอย

ถนน

พหลโยธิน

หมู่ที่

จังหวัด *

กรุงเทพมหานคร

อำเภอ/เขต *

จตุจักร

ตำบล/แขวง *

จตุจักร

รหัสไปรษณีย์ *

10900

โทรศัพท์ *

09

โทรสาร

025907280

2.ระบุข้อมูลที่อยู่ตามที่ตั้งใน DBD/ใบทะเบียนการค้า

แสดงแผนที่ตำแหน่งที่ตั้ง

* กรอกเลขทะเบียนบ้าน 11 หลัก

latitude *

13.8468580831311

longitude *

100.527450647778

หัวข้อการแก้ไข
ที่ระบบจะแสดง

หัวข้อการแก้ไข

ขอเปลี่ยนแปลงที่อยู่ในเลขที่ตั้งเดิม

หัวข้อการแก้ไขย่อย

เปลี่ยนที่อยู่ในเลขที่ตั้งเดิมสถานที่ขาย



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
Food and Drug Administration, Thailand



แบบ บ.ช.พ.๑

ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

ใบอนุญาตที่ ข.

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

บริษัท เอ จำกัด

โดยมี

นางสมศรี ใจดี

เป็นผู้ดำเนินการ

เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ ตามมาตรา ๒๔ แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑ สำหรับเครื่องมือแพทย์ (ตามเอกสารแนบท้าย)

ณ สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์ชื่อ

บริษัท เอ จำกัด

ตั้งอยู่เลขที่

5

ตรอก/ซอย

พระโขนง

ถนน

หมู่ที่ -

ตำบล/แขวง

พระโขนง

อำเภอ/เขต

คลองเตย

จังหวัด

กรุงเทพมหานคร

รหัสไปรษณีย์

10110

โทรศัพท์

0 2590 7280

โทรสาร

สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ ตั้งอยู่เลขที่

5

ตรอก/ซอย

ถนน

หมู่ที่ 9

ตำบล/แขวง

บางปลา

อำเภอ/เขต

บางพลี

จังหวัด

สมุทรปราการ

รหัสไปรษณีย์

10540

โทรศัพท์

0 2590 7280

โทรสาร

โดยมีผู้ควบคุมการขายในกรณีเป็นเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๒(๗) ดังนี้

(ตามเอกสารแนบท้าย)

ใบอนุญาตฉบับนี้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. 2567

และให้ใช้เฉพาะสถานที่

ซึ่งระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ออกให้ไว้ ณ วันที่

12

เดือน

มิถุนายน

พ.ศ. 2567



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
กระทรวงสาธารณสุข

ผู้อนุญาต

หมายเหตุ ได้รับใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ตั้งแต่วันที่ 12 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567

5. ขอเปลี่ยนแปลงข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์

5.5 ขอเปลี่ยนแปลงเบอร์โทรศัพท์

คำอธิบาย : เฉพาะกรณีที่อยู่เป็นที่อยู่เดิมที่เคยขออนุญาตไว้และประสงค์แจ้งเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์ แต่กรณีที่ ย้ายที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์เปลี่ยนให้ระบุเบอร์ใหม่ในหัวข้อการย้ายสถานที่ได้เลยไม่ต้องแจ้งเปลี่ยนเบอร์ โทรศัพท์

หัวข้อที่ต้องเลือกคือ : สถานที่เก็บรักษา->> 1.เลือกหัวข้อ “ขอเปลี่ยนแปลงเบอร์โทรศัพท์”

2.ระบุข้อมูล “เบอร์โทรศัพท์”

สถานที่เก็บรักษา แห่งที่ 1 ☒ สถานที่เดียวกับสถานที่ขายข้างต้น ☐		
☐ แก้ไขเปลี่ยนแปลงแผนผังภายในเลขที่ตั้งเดิม ☒ ย้ายสถานที่เก็บ ☐ เปลี่ยนรายละเอียดที่อยู่เลขที่ตั้งเดิม ☐ เปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์ ☐ ย้ายสถานที่เก็บ		
ตั้งอยู่เลขที่ *	ตรอก/ซอย	ถนน
9999		คำแแม่
หมู่ที่	จังหวัด *	อำเภอ/เขต *
	:	
ตำบล/แขวง *	รหัสไปรษณีย์ *	โทรศัพท์ *
		025907000 ต่อ 70218
โทรสาร		
025907280	2.ระบุข้อมูลที่อยู่ตามที่จัดใน DBD/ใบทะเบียนการค้า	
เลขรหัสประจำบ้าน * กรอกเลขรหัสประจำบ้าน 11 หลัก อย่างน้อย 1 เลขประจำบ้าน		
12345678910		
latitude *	longitude *	
13.8468580831311	100.527450647778	
จัดซื้อ LATITUDE LONGITUDE		

หัวข้อการแก้ไข
ที่ระบบจะแสดง

หัวข้อการแก้ไข	หัวข้อการแก้ไขย่อย
ขอเปลี่ยนแปลงเบอร์โทรศัพท์	เปลี่ยนเบอร์สถานที่เก็บ



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
Food and Drug Administration, Thailand



แบบ บ.ช.พ.๑

ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

ใบอนุญาตที่ ข.

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

บริษัท เอ จำกัด

โดยมี นางสาวศรี ใจดี

เป็นผู้ดำเนินการ

เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ ตามมาตรา ๒๔ แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์

พ.ศ. ๒๕๕๑ สำหรับเครื่องมือแพทย์

(ตามเอกสารแนบท้าย)

ณ สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์ชื่อ บริษัท เอ จำกัด

ตั้งอยู่เลขที่

5

ตรอก/ซอย

ถนน

หมู่ที่

ตำบล/แขวง

พระโขนง

อำเภอ/เขต

คลองเตย

จังหวัด กรุงเทพมหานคร

รหัสไปรษณีย์ 10110

โทรศัพท์ 0 2590 7280

โทรสาร

เครื่องมือเครื่องมือแพทย์ ตั้งอยู่เลขที่

5

ตรอก/ซอย

ถนน

หมู่ที่ 9

ตำบล/แขวง

บางปลา

อำเภอ/เขต

บางพลี

จังหวัด สมุทรปราการ

รหัสไปรษณีย์ 10540

โทรศัพท์ 0 2590 7280

โทรสาร

โดยมีผู้ควบคุมการขายในกรณีเป็นเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๒(๗) ดังนี้

(ตามเอกสารแนบท้าย)

ใบอนุญาตฉบับนี้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. 2567

และให้ใช้เฉพาะสถานที่

ซึ่งระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ออกให้ ณ วันที่ 12

เดือน

มิถุนายน

พ.ศ. 2567



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

กระทรวงสาธารณสุข

ผู้อนุญาต

หมายเหตุ ได้รับใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ตั้งแต่วันที่ 12 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567

5. ขอเปลี่ยนแปลงข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์

5.6 ขอยกเลิกสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์

คำอธิบาย : กรณีมีที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์หลายแห่ง ต้องการยกเลิกสถานที่เก็บในบางแห่ง

หัวข้อที่ต้องเลือกคือ : สถานที่เก็บรักษา>> 1.เลือกหัวข้อ “ขอยกเลิกสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์”

สถานที่เก็บรักษา แห่งที่ 1 ☒ สถานที่เดียวกับสถานที่ขายข้างต้น ☐ สถานที่เดียวกับสถานที่ขายข้างต้น

☐ แก้ไขเปลี่ยนแปลงแผนผังภายในเลขที่ตั้งเดิม ☒ ย้ายสถานที่เก็บ ☐ เปลี่ยนรายละเอียดที่อยู่ในเลขที่ตั้งเดิม ☐ เปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์ ☐ ยกเลิกสถานที่เก็บ

ตั้งอยู่เลขที่ * 9999 ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต * รหัสไปรษณีย์ * โทรศัพท์ * โทรสาร * 025907000 ต่อ 70218

เลขรหัสประจำบ้าน * 12345678910

latitude * 13.8468580831311 longitude * 100.527450647778

3.กรอกข้อมูลเลขรหัสประจำบ้าน, latitude,longitude ให้เรียบร้อย

หัวข้อการแก้ไข
ที่ระบบจะแสดง

หัวข้อการแก้ไข

หัวข้อการแก้ไขย่อย

ขอยกเลิกสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์

-



เอกสารแนบท้าย ใบอนุญาตที่ ข. 2/68 หน้า 2
โดยมีผู้ควบคุมการ ขาย เครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๖(๗) จำนวน 1 คน ดังนี้

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	คุณวุฒิ
1	นายสมบัติ ใจดี	ปริญญาตรี วิทยาศาสตร์บัณฑิต

6. ขอเปลี่ยนแปลงข้อมูลเกี่ยวกับผู้ควบคุม

6.1 ขอเพิ่มผู้ควบคุมการผลิต

คำอธิบาย : ขอเพิ่มผู้ควบคุมคนใหม่เพิ่มเติม

หัวข้อที่ต้องเลือกคือ : ผู้ควบคุม >> 1.คลิก “เพิ่มผู้ควบคุม Click” ตามจำนวนผู้ควบคุมที่ต้องการเพิ่ม

2.ระบุข้อมูลผู้ควบคุมให้ครบ

2.ระบุข้อมูลผู้ควบคุมให้ครบ 3.แนบไฟล์เอกสาร

3.แนบไฟล์เอกสาร

ผู้ควบคุมคนที่ 2 เพิ่มใหม่

☐ สำหรับชาวต่างชาติให้ถูก

เลขบัตรประชาชน *

เลขบัตรประชาชนของผู้ควบคุม

ระบุให้ตรงกับบัตรประชาชน

คำนำหน้า *

คำนำหน้า

ชื่อ - นามสกุล *

ชื่อ - นามสกุล

ที่อยู่ *

เบอร์โทร *

E-mail *

คุณวุฒิ *

หลักสูตร

ให้ระบุข้อความหลักสูตรตามใบปริญญาบัตรเป็นข้อความภาษาไทย เช่น วิทยาศาสตร์บัณฑิต, วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, วิทยาศาสตร ดุษฎีบัณฑิต, วิทยาศาสตรบัณฑิต(สาขา...)

เลขที่ใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพหรือการประกอบโรคศิลปะ (ถ้ามี)

ชื่อไฟล์แนบ	อัปโหลดไฟล์
สำเนาใบปริญญาแสดงคุณวุฒิผู้ควบคุมการขาย (ขั้นต่ำระดับปริญญาตรี) บังคับ	
สัญญาการว่าจ้างระหว่างผู้ขออนุญาตและผู้ควบคุมการขาย บังคับ	
สำเนาบัตรประชาชนผู้ควบคุม บังคับ	
กรณีผู้ควบคุมการขายเปลี่ยนชื่อ/สกุลให้แนบหลักฐานเพิ่มเติม	
สำเนาใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพหรือการประกอบโรคศิลปะ (ถ้ามี)	

หัวข้อการแก้ไข
ที่ระบบจะแสดง

หัวข้อการแก้ไข

ขอเพิ่มผู้ควบคุมการขายเครื่องมือแพทย์

หัวข้อการแก้ไขย่อย

-



เอกสารแนบท้าย ใบอนุญาตที่ ข. 2/68

หน้า 2

โดยมีผู้ควบคุมการ ขาย เครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๖(๗) จำนวน 1 คน ดังนี้

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	คุณวุฒิ
1	นายสมบัติ ใจดี	ปริญญาตรี วิทยาศาสตร์บัณฑิต

6. ขอเปลี่ยนแปลงข้อมูลเกี่ยวกับผู้ควบคุม

6.2 ขอเปลี่ยนแปลงชื่อตัว/ชื่อสกุลของผู้ควบคุมการขายที่เคยได้รับอนุญาต

คำอธิบาย : ขอแก้ไขคำนำหน้า , ชื่อตัว, ชื่อสกุล ผู้ควบคุมเดิมที่เคยได้รับอนุญาต

หัวข้อที่ต้องเลือกคือ : ผู้ควบคุม >> 1.เลือกผู้ควบคุมที่ต้องการจะแก้ไขข้อมูล 2.เลือกหัวข้อที่ต้องการแก้ไข
3.ระบุข้อมูลผู้ควบคุมให้ครบ 4.แนบไฟล์เอกสาร

2.เลือกหัวข้อที่ต้องการแก้ไข

☐ เปลี่ยนคำนำหน้า ☒ ชื่อ ☐ นามสกุล ☐ คุณวุฒิ
☐ ยกเลิกผู้ควบคุม

ผู้ควบคุมคนที่ 1

☐ สำหรับชาวต่างชาติให้ใช้

เลขบัตรประชาชน *

ระบุให้ตรงกับบัตรประชาชน

คำนำหน้า *

นาย

ชื่อ - นามสกุล *

สมบัติ ใจดี

ที่อยู่ *

95 ตรอก/ซอย คลองมะเดื่อ 13 ถนน เศรษฐกิจ

เบอร์โทร *

-

E-mail *

pre7@gmail.com

คุณวุฒิ *

ปริญญาตรี

หลักสูตร

วิทยาศาสตร์บัณฑิต

เลขที่ใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพหรือการประกอบโรคศิลปะ (ถ้ามี)

31768

3.ระบุข้อมูลผู้ควบคุมให้ครบ

4.แนบไฟล์เอกสาร

ชื่อไฟล์แนบ

ดูไฟล์แนบ

สำเนาใบปริญญาแสดงคุณวุฒิผู้ควบคุมการขาย (ขึ้นลำดับ

ปริญญาตรี) **บังคับ**

สัญญาการว่าจ้างระหว่างผู้ขออนุญาตและผู้ควบคุมการขาย **บังคับ**

สำเนาบัตรประชาชนผู้ควบคุม **บังคับ**

ชื่อไฟล์แนบ

อัปโหลดไฟล์

ใบอนุญาตขายฉบับจริง/ใบแทน ฉบับล่าสุด **บังคับ**

ใบอนุญาตขายฉบับจริง/ใบแทน ฉบับล่าสุด **บังคับ**

กรณีผู้ควบคุมการขายเปลี่ยนคำนำหน้า/ชื่อ/สกุลให้

แนบหลักฐานเพิ่มเติม **บังคับ**

กรณีผู้ควบคุมการขายเปลี่ยนคำนำหน้า/ชื่อ/สกุลให้

แนบหลักฐานเพิ่มเติม **บังคับ**

ใบคำขอ ขพ.5 (ผู้ควบคุมการขายผู้ดำเนินการ

เซ็นลงนาม) **บังคับ**

ใบคำขอ ขพ.5 (ผู้ควบคุมการขายผู้ดำเนินการ

เซ็นลงนาม) **บังคับ**

ไฟล์ที่เคยยื่นอนุญาต

ไฟล์ใหม่ที่ต้องแนบ

หัวข้อการแก้ไข

ที่ระบบจะแสดง

หัวข้อการแก้ไข

ขอเพิ่มผู้ควบคุมการขายเครื่องมือแพทย์

หัวข้อการแก้ไขย่อย

-



เอกสารแนบท้าย ใบอนุญาตที่ ข. 2/68 หน้า 2
โดยมีผู้ควบคุมการ ขาย เครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๖(๗) จำนวน 1 คน ดังนี้

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	คุณวุฒิ
1	นายสมบัติ ใจดี	ปริญญาตรี วิทยาศาสตร์บัณฑิต

6. ขอเปลี่ยนแปลงข้อมูลเกี่ยวกับผู้ควบคุม

6.3 ขอเปลี่ยนคุณวุฒิของผู้ควบคุมการขายเครื่องมือแพทย์

คำอธิบาย : ขอแก้ไขคุณวุฒิผู้ควบคุมคนเดิมที่เคยได้รับอนุญาต

หัวข้อที่ต้องเลือกคือ : ผู้ควบคุม >> 1.เลือกผู้ควบคุมที่ต้องการจะแก้ไขข้อมูล 2.เลือกหัวข้อ “คุณวุฒิ”

3.ระบุข้อมูลผู้ควบคุมให้ครบ 4.แนบไฟล์เอกสาร

2.เลือกหัวข้อ “คุณวุฒิ”

☐ เปลี่ยนสำเนาหน้า ☐ ชื่อ ☐ นามสกุล ☒ คุณวุฒิ
☐ ยกเลิกผู้ควบคุม

ผู้ควบคุมคนที่ 1

สำหรับชาวต่างชาติให้ติ๊กถูก

เลขบัตรประชาชน *

ระบุให้ตรงกับบัตรประชาชน

สำเนาหน้า *

ชื่อ - นามสกุล *

ที่อยู่ * 95 ตรอก/ซอย คลองมะเดื่อ 13 ถนน เจริญกิจ *

เบอร์โทร *

E-mail * pre7@gmail.com

คุณวุฒิ *

ปริญญาตรี

หลักสูตร

เภสัชศาสตรบัณฑิต

ให้ระบุข้อความหลักตามใบปริญญาบัตรเป็นข้อความภาษาไทย เช่น วิทยาศาสตร์บัณฑิต, วิทยาศาสตร์นานาชาติ, วิทยาศาสตร์ สุขุขย์บัณฑิต, วิทยาศาสตร์บัณฑิต(สาขา...)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือการประกอบโรคศิลปะ (ถ้ามี)

3176833

3.ระบุข้อมูลผู้ควบคุมให้ครบ

ไฟล์เดิม

4.แนบไฟล์เอกสาร

ชื่อไฟล์แบบ

สำเนาใบปริญญาแสดงคุณวุฒิผู้ควบคุมการขาย (ขึ้นลำดับปริญญาตรี) **บังคับ**

สัญญาการว่าจ้างระหว่างผู้ขอใบอนุญาตและผู้ควบคุมการขาย **บังคับ**

สำเนาบัตรประชาชนผู้ควบคุม **บังคับ**

ชื่อไฟล์แบบ

ฉบับใหม่

ใบอนุญาตขายฉบับจริง/ใบแทน ฉบับล่าสุด **บังคับ**

ใบอนุญาตขายฉบับจริง/ใบแทน ฉบับล่าสุด **บังคับ**

กรณีผู้ควบคุมการขายเปลี่ยนสำเนาหน้า/ชื่อ/สกุลให้แนบหลักฐานเพิ่มเติม **บังคับ**

กรณีผู้ควบคุมการขายเปลี่ยนสำเนาหน้า/ชื่อ/สกุลให้แนบหลักฐานเพิ่มเติม **บังคับ**

ใบคำขอ ขพ.5 (ผู้ควบคุมการขายผู้ดำเนินการกิจการ เช่นลงนาม) **บังคับ**

ใบคำขอ ขพ.5 (ผู้ควบคุมการขายผู้ดำเนินการกิจการ เช่นลงนาม) **บังคับ**

ไฟล์ที่เคยยื่นอนุญาต

ไฟล์ใหม่ที่ต้องแนบ

หัวข้อการแก้ไข
ที่ระบบจะแสดง

หัวข้อการแก้ไข	หัวข้อการแก้ไขย่อย
ขอเปลี่ยนคุณวุฒิของผู้ควบคุมการขายเครื่องมือแพทย์	-



เอกสารแนบท้าย ใบอนุญาตที่ ข. 2/68 หน้า 2
โดยมีผู้ควบคุมการ ขาย เครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๖(๗) จำนวน 1 คน ดังนี้

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	คุณวุฒิ
1	นายสมบัติ ใจดี	ปริญญาตรี วิทยาศาสตร์บัณฑิต

6. ขอเปลี่ยนแปลงข้อมูลเกี่ยวกับผู้ควบคุม

6.4 ขอยกเลิกผู้ควบคุมการขาย

คำอธิบาย : ขอยกเลิกผู้ควบคุมคนเดิมที่เคยได้รับอนุญาต

หัวข้อที่ต้องเลือกคือ : ผู้ควบคุม >> 1.เลือกผู้ควบคุมที่ต้องการจะแก้ไขข้อมูล 2.เลือกหัวข้อ “ยกเลิกผู้ควบคุม”

3. แนบไฟล์เอกสาร

2.เลือกหัวข้อ “ยกเลิกผู้ควบคุม”

☐ เปลี่ยนคำนำหน้า ☐ ชื่อ ☐ นามสกุล ☐ คุณวุฒิ
☒ ยกเลิกผู้ควบคุม

ผู้ควบคุมคนที่ 1 EG

☐ สำหรับชาวต่างชาติให้เด็กถูก

เลขบัตรประชาชน *

ระบุให้ตรงกับบัตรประชาชน

คำนำหน้า *

ชื่อ - นามสกุล *

ที่อยู่ *

เบอร์โทร *

E-mail *

คุณวุฒิ *

ปริญญาตรี

หลักสูตร

เลขที่ใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพหรือการประกอบโรคศิลปะ (ถ้ามี)

3.แนบไฟล์เอกสาร

ไฟล์เดิม

ชื่อไฟล์แบบ

ดูไฟล์แบบ

สำเนาใบประกาศนียบัตรคุณวุฒิผู้ควบคุมการขาย (ขึ้นสำเนาฉบับ
 อนุญาต) บังคับ

สัญญาการว่าจ้างระหว่างผู้ขออนุญาตและผู้ควบคุมการขาย บังคับ

สำเนาบัตรประชาชนผู้ควบคุม บังคับ

ชื่อไฟล์แบบ

อัปโหลดไฟล์

ใบอนุญาตขายฉบับจริง/ใบแทน ฉบับล่าสุด บังคับ

ใบอนุญาตขายฉบับจริง/ใบแทน ฉบับล่าสุด บังคับ

ใบคำขอ ขพ.5 (ผู้ควบคุมการขาย:ผู้ดำเนินการ
 เงินลงนาม) บังคับ

ใบคำขอ ขพ.5 (ผู้ควบคุมการขาย:ผู้ดำเนินการ
 เงินลงนาม) บังคับ

ไฟล์ที่เคยยื่นอนุญาต

ไฟล์ใหม่ที่ต้องแนบ

หัวข้อการแก้ไข
ที่ระบบจะแสดง

หัวข้อการแก้ไข	หัวข้อการแก้ไขย่อย
ขอยกเลิกผู้ควบคุมการขาย	-



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
Food and Drug Administration, Thailand

เอกสารแนบท้ายใบอนุญาตที่ ข. 2/68
ขอขยายเครื่องมือแพทย์ที่ขาย มีดังนี้
1 ขอขยายเครื่องมือแพทย์ ถุงบรรจุโลหิตมนุษย์

หน้า 1

7. ขอเปลี่ยนแปลงข้อมูลเกี่ยวกับขอขยายเครื่องมือแพทย์

7.1 ขอเพิ่มขอขยายรายการเครื่องมือแพทย์ขาย

คำอธิบาย : ขอเพิ่มเติมขอขยายจากเดิมที่เคยได้รับอนุญาตไว้

หัวข้อที่ต้องเลือกคือ : ขอขยาย_>> 1. คลิก “เพิ่มขอขยาย +” ตามจำนวนที่ขอขยายที่ต้องการเพิ่ม
2. เลือกขอขยายที่ต้องการเพิ่มให้ครบ

ขอขยาย **เพิ่ม**

เพิ่มขอขยาย +

1.คลิกตามจำนวนที่ขอขยายที่ต้องการเพิ่ม

ขอขยายและรายการเครื่องมือแพทย์ที่ขายมีดังนี้

ลำดับ	ขอขยายเครื่องมือแพทย์ *	
1	ถุงบรรจุโลหิตมนุษย์	☐ ยกเลิกขอขยาย
2	เลือดก้นห่านที่มีสมบัติเหนียวสำหรับใช้ในกระบวนการผ่าตัดตา	☐ ลบ

2.เลือกขอขยายที่ต้องการเพิ่มให้ครบ

หัวข้อการแก้ไข
ที่ระบบจะแสดง

วข้อการแก้ไข

ขอเพิ่มขอขยายรายการเครื่องมือแพทย์ที่ขาย

หัวข้อการแก้ไขย่อย

-



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
Food and Drug Administration, Thailand

หน้า 1

เอกสารแนบท้ายใบอนุญาตที่ ข. 2/68

ขอขายเครื่องมือแพทย์ที่ขาย มีดังนี้

1 ขอขายเครื่องมือแพทย์ถูกบรรจุในบัญชี

7. ขอเปลี่ยนแปลงข้อมูลเกี่ยวกับขอขายเครื่องมือแพทย์

7.2 ขอยกเลิกขอขายรายการเครื่องมือแพทย์ที่ขาย

คำอธิบาย : ขอยกเลิกขอขายเดิมที่เคยได้รับอนุญาตไว้

หัวข้อที่ต้องเลือกคือ : ขอขาย_>> 1. คลิก “ ☒ ยกเลิกขอขาย ” ตามจำนวนที่ขอขายที่ต้องการยกเลิก

2.เลือกขอขายที่ต้องการยกเลิกให้ครบ

ขอขาย ☒

เพิ่มขอขาย +

-

ขอขายและรายการเครื่องมือแพทย์ที่ขายมีดังนี้

ลำดับ Ophthalmology

ขอขายเครื่องมือแพทย์ *

1

Surgery

เลือกขอขายที่ต้องการยกเลิกให้ครบ

☒ ยกเลิกขอขาย

หัวข้อการแก้ไข

ที่ระบบจะแสดง

หัวข้อการแก้ไข

ขอยกเลิกขอขายรายการเครื่องมือแพทย์ที่ขาย

หัวข้อการแก้ไขย่อย

-

ในส่วนล่างสุดของหน้าเว็บ

1. กรอกเบอร์มือถือสำหรับติดตามสถานะ, E-mail ผู้ยื่นคำขอ และเลขอ้างอิงคำขอเดิม (ถ้ามี) แล้วกด “ต่อไป”

เบอร์มือถือสำหรับติดตามสถานะ*

E-mail ผู้ยื่นคำขอ*

เลขอ้างอิงคำขอเดิม(ถ้ามี)

****หากบันทึกคำขอไม่สำเร็จกรุณาเคลียร์แคชใน google chrome (ฝั่ง Hyper link วิธีเคลียร์แคช) หรือ กด ctrl+f5 จากนั้นปิดgoogle chrome เปิดใหม่ และดำเนินการอีกครั้ง****

วิธีเคลียร์แคช [คลิกที่นี่](#)

→ ต่อไป

✕ ยกเลิก

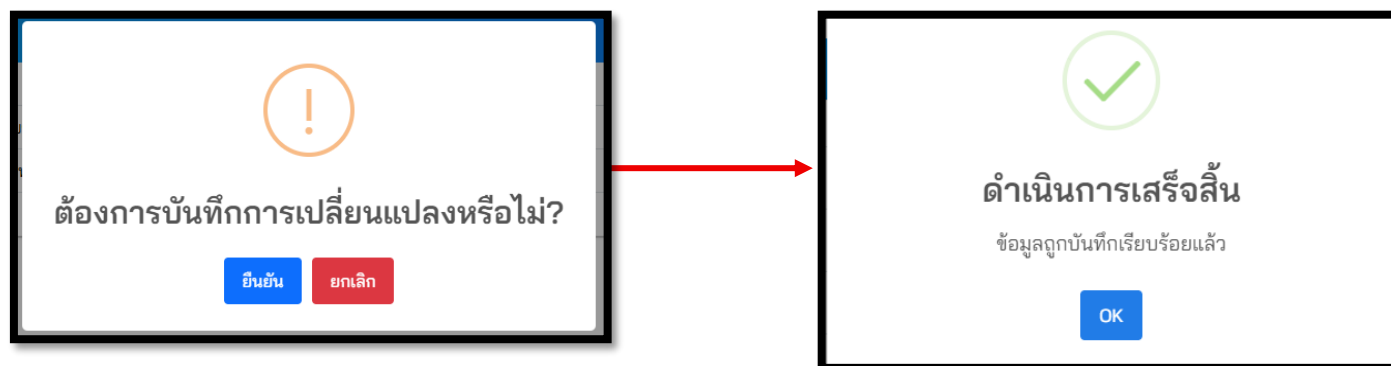
2. ระบบจะแสดงสรุปหัวข้อที่ต้องการยืนยันแก้ไขให้ตรวจสอบ จากนั้น กด “ต่อไป”

หัวข้อการแก้ไข	หัวข้อการแก้ไข (ย่อ)
ขอเปลี่ยนแปลงชื่อของผู้จดทะเบียน/ชื่อสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์	เปลี่ยนชื่อของผู้จดทะเบียน
ขอเปลี่ยนแปลงชื่อของผู้จดทะเบียน/ชื่อสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์	เปลี่ยนชื่อสถานที่

→ ต่อไป2

↶ ย้อนกลับ

3. กด “ยืนยัน” ข้อมูล (หากกดยืนยันแล้วจะไม่สามารถกลับไปแก้ไขข้อมูลได้) แล้วระบบจะแสดงข้อความ “ข้อมูลถูกบันทึกเรียบร้อยแล้ว” จากนั้น กด “OK”



4. ระบบจะแสดง “ไฟล์แนบเอกสาร” ที่ต้องแนบ *รายการเอกสารไฟล์แนบขึ้นกับหัวข้อที่ยื่นแก้ไขเปลี่ยนแปลง จากนั้นกด “บันทึก” และ “ยืนยัน” การแนบไฟล์ ระบบจะแสดง “เลขอ้างอิงคำขอ”

กรุณาเลือกหัวข้อที่ต้องการแก้ไข พร้อมแก้ไขข้อมูลที่ต้องการยื่นแก้ไขเปลี่ยนแปลง

อัปโหลดไฟล์แนบ

อัปโหลดไฟล์แนบ

** ไฟล์แนบนามสกุล .pdf และขนาดไม่เกิน 20 Mb เท่านั้น **

ชื่อไฟล์แนบ	อัปโหลดไฟล์
1. ใบอนุญาตขายฉบับจริง/ใบแทน ฉบับล่าสุด บังคับ	
2. ใบคำขอ แบบ ข.พ.5 (ผู้ดำเนินการเชิงลงนาม) บังคับ	

บันทึก

ยกเลิก

5. จะปรากฏสถานะคำขอเป็น “บันทึกและรอส่งเรื่อง” จากนั้นทำการชำระเงิน “ค่าใบคำขอ” โดยคลิก “ชำระเงินคลิกที่นี่” ที่มุมซ้ายด้านล่างสุดของหน้า

ชำระเงินที่นี่

รายการคำขอ											ระบบแก้ไขสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์
เลขอ้างอิง	ประเภทคำขอ	เลขอนุญาต	วันที่อนุมัติ	วันที่หมดอายุ	วันที่ยื่นคำขอ	ชื่อบริษัท	วันที่แล้วเสร็จ	หมายเหตุ	สถานะ	เลขอ้างอิงคำขอเดิม(ถ้ามี)	ดูรายละเอียด
1460795		ข. 2/68			28/5/2568	บริษัท เอ จำกัด			บันทึกและรอส่งเรื่อง		

*** สถานะ คือ สถานะของคำขอ

**** เลขอ้างอิง Upload คือ เลขที่ใช้อ้างอิงในการติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่



1. ให้ผู้ประกอบการ คลิกที่ “ชำระเงินคลิกที่นี่” เพื่อ ออกใบสั่งชำระเงิน ค่าใบคำขอ

ชำระเงินที่นี่



รายการคำขอ											ระบบแก้ไขสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์
เลขอ้างอิง	ประเภทคำขอ	เลขอนุญาต	วันที่อนุมัติ	วันที่หมดอายุ	วันที่ยื่นคำขอ	ชื่อบริษัท	วันที่แล้วเสร็จ	หมายเหตุ	สถานะ	เลขอ้างอิงคำขอเดิม(ถ้ามี)	ดูรายละเอียด
1460795		ข. 2/68			28/5/2568	บริษัท เอ จำกัด		๙๙	บันทึกและรอส่งเรื่อง		!

2. กดเลือก “ค่าใบคำขอ” เพื่อออกใบสั่งชำระ

รายการใบสั่งชำระ

กรุณาเลือก ประเภทการออกใบสั่งชำระ

ค่าใบคำขอ

ค่าใบอนุญาต

ม. 44



3. เลือกรายการ จากนั้นกดปุ่ม “ออกใบสั่งชำระ”

รายการใบสั่งชำระ

บริษัท

จำกัด

บ้านเลขที่

ตรวจสอบความถูกต้อง
“ชื่อบริษัท” และ “ที่อยู่”

☐	ประเภทใบอนุญาต	เลขรับ	จำนวนเงิน
☐ <td>คำขอใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์</td> <td></td> <td>100.00</td>	คำขอใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์		100.00
			รวม

* คำขอที่ต้องการได้จาก “เลขรับ” ซึ่งตรงกับ “เลขอ้างอิง Upload” *

** เมื่อคลิกออกใบสั่งชำระแล้วรายการจะหายไปอยู่ใน “รายการใบสั่งชำระ” **

ออกใบสั่งชำระ

กดเลือกรายการให้ตรงกับ
“เลขอ้างอิง Upload”

4. คลิกที่ พิมพ์ใบสั่งชำระ

เลือกรูปแบบการชำระเงิน

พิมพ์ใบสั่งชำระ

Webpay SCB Easy Net (บุคคลธรรมดา)

Webpay SCB Business Net (นิติบุคคล)

ย้อนกลับ

หมายเหตุ

พิมพ์ใบสั่งชำระ หมายถึง พิมพ์ใบสั่งสำหรับไปชำระเงินที่ธนาคาร

Webpay SCB Easy Net หมายถึง สามารถชำระเงินผ่านเว็บไซต์ของธนาคารไทยพาณิชย์ สำหรับบุคคลธรรมดา

Webpay SCB Business Net หมายถึง สามารถชำระเงินผ่านเว็บไซต์ของธนาคารไทยพาณิชย์ สำหรับนิติบุคคล

เงื่อนไข : การเข้าใช้งาน Webpay SCB Business Net สำหรับนิติบุคคล

1. เป็นบัญชีกับ SCB

2. ลงทะเบียนสมัครใช้บริการ Webpay SCB Business Net

3. มีปัญหาการใช้งาน Webpay SCB Business Net โปรดติดต่อ 0 2 544 1212

5. ชำระเงิน “ค่าใบคำขอ” จำนวน 100 บาท



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

ใบสั่งชำระค่าธรรมเนียมใบสำคัญรับเงิน

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000165676

Customer No. (Ref.1) : 630000016425630525

Reference No. (Ref.2) : 630105100425000001

วันที่ออกใบสั่งชำระ : 25 เมษายน พ.ศ. 2563

โปรดชำระภายในวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2563

บริษัท เทสโวลลี จำกัดมหาชน

บ้านเลขที่ 111 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

รายการค่าธรรมเนียม		จำนวน (บาท)
เลขที่สั่งชำระ 2204 10168/2563 รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย		100.00
ยอดเงินที่ต้องชำระ	(หนึ่งร้อยบาทถ้วน)	100.00

ผู้นำฝาก โทร..... สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร ผู้รับเงิน

นำใบสั่งชำระไปชำระเงินได้ที่เคาน์เตอร์ธนาคาร หรือผ่าน Application ของธนาคารต่าง ๆ ที่ปรากฏอยู่ในใบสั่งชำระค่าธรรมเนียม

หมายเหตุ: กรณีชำระค่าธรรมเนียมผ่านเคาน์เตอร์ธนาคารสามารถชำระได้ที่ ธนาคารไทยพาณิชย์ แห่งเดียวเท่านั้น (ณ วันที่ 28 ธันวาคม 2561)



6. หลังจากชำระ “ค่าใบคำขอ” เรียบร้อย สถานะจะเปลี่ยนเป็น “ส่งเรื่องและรอพิจารณา” คำขอจะถูกส่งไปที่ฝั่งเจ้าหน้าที่เพื่อตรวจสอบเอกสาร
หมายเหตุ: ในกรณีที่สถานะไม่ถูกปรับเป็น “ส่งเรื่องและรอพิจารณา” หลังจากชำระเงินแล้วให้แจ้งเจ้าหน้าที่เพื่อตรวจสอบสถานะให้ มิฉะนั้นคำขอที่ยื่นจะไม่ถูกส่งไปให้เจ้าหน้าที่พิจารณา

ชำระเงินที่นี่

รายการคำขอ											ระบบแก้ไขสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์
เลขอ้างอิง	ประเภทคำขอ	เลขอนุญาต	วันที่อนุมัติ	วันที่หมดอายุ	วันที่ยื่นคำขอ	ชื่อบริษัท	วันที่แล้วเสร็จ	หมายเหตุ	สถานะ	เลขอ้างอิงคำขอเดิม(ถ้ามี)	ดูรายละเอียด
1460795		ข. 2/68			28/5/2568	บริษัท เอ จำกัด			ส่งเรื่องรอพิจารณา		

ขั้นตอนการพิจารณา

เจ้าหน้าที่พิจารณาเอกสาร และเปลี่ยนสถานะเป็น “รับคำขอ” ให้คลิก “ชำระเงินคลิกที่นี่” เพื่อไปชำระ “ม.44” (ถ้ามี)

ชำระเงินที่นี่

รายการคำขอ											ระบบแก้ไขสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์
เลขอ้างอิง	ประเภทคำขอ	เลขอนุญาต	วันที่อนุมัติ	วันที่หมดอายุ	วันที่ยื่นคำขอ	ชื่อบริษัท	วันที่แล้วเสร็จ	หมายเหตุ	สถานะ	เลขอ้างอิงคำขอเดิม(ถ้ามี)	ดูรายละเอียด
1460795		ข. 2/68			28/5/2568	บริษัท เอ จำกัด			รับคำขอ		

ขั้นตอนการพิจารณา : กรณีเอกสารไม่ถูกต้องและไม่ครบถ้วน สถานะปรับเป็น “ส่งผู้ประกอบการแก้ไขคำขอ/เอกสารแนบ1”

เมื่อเจ้าหน้าที่ให้แก้ไขเอกสาร สถานะจะถูกเปลี่ยนเป็น “ส่งผู้ประกอบการแก้ไขคำขอ/เอกสารแนบ1” โดยเจ้าหน้าที่จะชี้แจงรายละเอียดคำขอ/เอกสารที่จะต้องแก้ไข และสร้างคำขอ/กล่องข้อความไฟล์แนบเพื่อให้แก้ไขกลับมา แบ่งเป็น

1. แก้ไขคำขอ : สำหรับแก้ไขหน้าคำขอ
2. แก้ไขชี้แจงไฟล์แนบ : สำหรับแก้ไขเอกสารไฟล์แนบ

หัวข้อที่ต้องแก้ไข			
หัวข้อการแก้ไข	1. แก้ไขคำขอ	หัวข้อการแก้ไข (ย่อย)	แก้ไข
ขอเปลี่ยนแปลงเบอร์โทรศัพท์		เปลี่ยนเบอร์สถานต่างๆ	
ขอเปลี่ยนแปลงเบอร์โทรศัพท์		เปลี่ยนเบอร์สถานที่เก็บ	
แก้ไขไฟล์แนบ			
หัวข้อการแก้ไข	2. แก้ไขไฟล์แนบ	หัวข้อการแก้ไข (ย่อย)	แก้ไข
แก้ไขไฟล์แนบ			
ส่งแก้ไข			
ยกเลิกคำขอ			

1. แก้ไขคำขอ



1. ระบบจะแสดงเฉพาะหัวข้อที่ เจ้าหน้าที่ให้แก้ไข คลิก แก้ไข “ ” เพื่อเข้าไปแก้ไขรายละเอียด

หัวข้อที่ต้องแก้ไข		
หัวข้อการแก้ไข	หัวข้อการแก้ไข (ย่อ)	แก้ไข
ขอเปลี่ยนแปลงเบอร์โทรศัพท์	เปลี่ยนเบอร์สถานที่ขาย	
ขอเปลี่ยนแปลงเบอร์โทรศัพท์	เปลี่ยนเบอร์สถานที่เก็บ	

2. จากนั้นระบบจะเปิด ช่องที่เจ้าหน้าที่ให้แก้ไข ให้กรอกข้อมูลที่ถูกต้องตามที่ชี้แจง จากนั้น กด “บันทึก”

สถานที่เก็บรักษา แห่งที่ 1

☐ แก้ไขเปลี่ยนแปลงแผนผังภายในและที่ตั้งสิ่งเดิม
 ☐ ย้ายสถานที่เก็บ
 ☐ เปลี่ยนรายละเอียดที่อยู่และที่ตั้งสิ่งเดิม
 ☒ เปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์
 ☐ ยกเลิกสถานที่เก็บ

1. ตั้งอยู่เลขที่ *

456

ตรอก/ซอย

ถนน

พหลโยธิน

หมู่ที่

จังหวัด *

กรุงเทพมหานคร

อำเภอ/เขต *

จตุจักร

ตำบล/แขวง *

จตุจักร

รหัสไปรษณีย์ *

10900

โทรศัพท์ *

02-5907000

โทรสาร

025907280

เลขรหัสประจำบ้าน * ยกเลิกหมายเลขประจำบ้าน 11 หลัก







1103-130270

Latitude *

13.9468580831311

Longitude *

100.527450647778

→ บันทึก

✕ ยกเลิก

3. ระบบจะแสดง ที่ปุ่มให้แก้ไขข้อมูล ว่า “แก้ไขแล้ว” จะไม่สามารถย้อนกลับไปแก้ไขข้อมูลได้อีก

หัวข้อที่ต้องแก้ไข		
หัวข้อการแก้ไข	หัวข้อการแก้ไข (ย่อย)	แก้ไข
ขอเปลี่ยนแปลงเบอร์โทรศัพท์	เปลี่ยนเบอร์สถานที่ขาย	แก้ไขแล้ว
ขอเปลี่ยนแปลงเบอร์โทรศัพท์	เปลี่ยนเบอร์สถานที่เก็บ	แก้ไขแล้ว



2. แก้ไขไฟล์แนบ

1. ระบบจะแสดงเฉพาะหัวข้อที่ เจ้าหน้าที่ให้แก้ไข คลิ๊ก แก้ไข “  ” เพื่อเข้าไปแก้ไขรายละเอียด

แก้ไขไฟล์แนบ		
หัวข้อการแก้ไข	หัวข้อการแก้ไข (ย่อย)	แก้ไข
แก้ไขไฟล์แนบ		

2. ในไฟล์แนบเดิมที่ผู้ยื่นคำขอ ยื่นเข้าระบบ ระบบจะแสดง “ ” ในหัวข้อที่เจ้าหน้าที่  แจ้งให้แก้ไข โดยให้แก้ไขตามรายละเอียดข้อบกพร่องที่เจ้าหน้าที่ให้แก้ไขในช่อง “ประเภทข้อบกพร่อง” และ “หมายเหตุ :” พร้อมกับ “อัปโหลดไฟล์” ที่แก้ไข

1. รายละเอียดข้อบกพร่องที่เจ้าหน้าที่ให้แก้ไข

ไฟล์แนบผู้ประกอบการ		
ชื่อไฟล์แนบ	ประเภทข้อบกพร่อง	รายละเอียดการแก้ไข
1. ใบอนุญาตขายฉบับจริง/ใบแทน ฉบับล่าสุด 		
2. ใบคำขอ แบบ ข.พ.5 (ผู้ดำเนินการเชิงลงนาม) 	- อื่นๆ 	ระบุเบอร์โทรให้ตรงกับคำขอ 

2. “อัปโหลดไฟล์” ที่แก้ไข

3. ไฟล์แนบเอกสารเพิ่มเติม ที่เจ้าหน้าที่ขอให้ผู้ยื่นคำขอแนบเพิ่มเติม เนื่องจากขาดเอกสารฉบับดังกล่าว โดยให้แก้ไขตามรายละเอียดข้อบกพร่องที่เจ้าหน้าที่ให้แก้ไข ในช่อง “หมายเหตุ :” พร้อมกับ “อัปโหลดไฟล์” ที่แก้ไข

1. รายละเอียดข้อบกพร่องที่เจ้าหน้าที่ให้แก้ไข

ไฟล์แนบเพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่	
ลำดับ	ชื่อไฟล์แนบ
1	ขอเอกสารเพิ่มเติม

หมายเหตุ

2. “อัปโหลดไฟล์” ที่แก้ไข

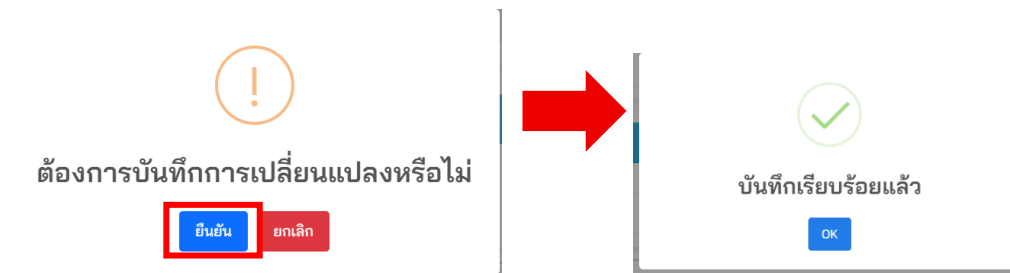
4. เอกสารจากเจ้าหน้าที่ เป็นไฟล์ข้อบกพร่องจากเจ้าหน้าที่ที่แจ้งรายละเอียดให้ผู้ประกอบการทราบเกี่ยวกับการแก้ไขเอกสารแนบ

หมายเหตุ :

คำชี้แจงข้อบกพร่องจากเจ้าหน้าที่

เอกสารแนบจากเจ้าหน้าที่			
ลำดับ	รอบการแก้ไข	ไฟล์ชี้แจงเอกสารจากเจ้าหน้าที่	
1	ชี้แจงจากเจ้าหน้าที่		

5. เมื่อแก้ไขไฟล์แนบเรียบร้อยแล้ว กดยืนยัน “ไฟล์แนบ” พร้อมกับ “บันทึก” การแก้ไขเปลี่ยนแปลง หากยืนยันแล้วจะไม่สามารถแก้ไขไฟล์ได้แล้ว



6. ระบบจะแสดง ที่ปุ่มให้แก้ไขข้อมูล ว่า “แก้ไขแล้ว” จะไม่สามารถย้อนกลับไปแก้ไขข้อมูลได้อีก

แก้ไขไฟล์แนบ		
หัวข้อการแก้ไข	หัวข้อการแก้ไข (ย่อย)	แก้ไข
แก้ไขไฟล์แนบ		แก้ไขแล้ว



เมื่อแก้ไขรายละเอียดครบถ้วนแล้วให้กด “ส่งแก้ไข” เพื่อส่งคำขอ/ไฟล์แนบที่แก้ไขแล้ว ให้เจ้าหน้าที่พิจารณา สถานะจะถูกปรับเป็น “อยู่ระหว่างพิจารณา”

หัวข้อที่ต้องแก้ไข		
หัวข้อการแก้ไข	หัวข้อการแก้ไข (ย่อ)	แก้ไข
ขอเปลี่ยนแปลงเบอร์โทรศัพท์	เปลี่ยนเบอร์สถานที่ขาย	 แก้ไขแล้ว
ขอเปลี่ยนแปลงเบอร์โทรศัพท์	เปลี่ยนเบอร์สถานที่เก็บ	 แก้ไขแล้ว

แก้ไขไฟล์แนบ		
หัวข้อการแก้ไข	หัวข้อการแก้ไข (ย่อ)	แก้ไข
แก้ไขไฟล์แนบ		 แก้ไขแล้ว

ส่งแก้ไข

ยกเลิกคำขอ

หมายเหตุ: จะต้องแนบไฟล์มาให้ครบตามจำนวนกล่องข้อความที่เจ้าหน้าที่ส่งไปให้ เพื่อจะสามารถทำตามขั้นตอนต่อไปได้ และรอเจ้าหน้าที่พิจารณาเอกสารอีกครั้ง หากเอกสารถูกต้องไม่ต้องแก้ไขเพิ่มเติมเจ้าหน้าที่จะเปลี่ยนสถานะเป็น “รับคำขอ”

ขั้นตอนการชำระเงิน : เมื่อสถานะปรับเป็น “รับคำขอ” ให้ชำระ “ค่าตรวจประเมิน” (เฉพาะกรณีเพิ่มขอบข่าย)

1. ให้ผู้ประกอบการ การออกไปส่งชำระเงินค่า ม.44 โดยการคลิกที่ “ชำระเงินคลิกที่นี่” (ใช้วิธีเดียวกันกับการออกไปส่งคำคำขอ) และชำระเงิน ค่า ม.44 (โดยใบส่งชำระจะมีอายุ 1 วัน หากไม่ได้ชำระในวันที่ออกไปส่ง ให้ยกเลิกใบส่งชำระเดิมและออกไปใหม่อีกครั้ง ต้องชำระเงินภายใน 5 วันทำการ หลังจากรับคำขอ หากเลยกำหนดจะถูกคืนคำขอโดยระบบ

รายการใบส่งชำระ

กรุณาเลือก ประเภทการออกไปส่งชำระ

คำใบคำขอ
คำใบอนุญาต
ม. 44



☐ เลือกรายการ ☐ จากนั้นกดปุ่ม “ออกใบสั่งชำระ”

รายการใบสั่งชำระ

บริษัท

จำกัด

บ้านเลขที่

ตรวจสอบความถูกต้อง
“ชื่อบริษัท” และ “ที่อยู่”

☒ ประเภทใบอนุญาต	เลขรับ	จำนวนเงิน
ค่าตรวจประเมินสถานประกอบการเพื่อออกใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าหรือใบอนุญาตขาย และการต่ออายุ [ตามบัญชี 1 ข้อ 2-2.2.1]		
		รวม

ออกใบสั่งชำระ

กดเลือกรายการให้ตรงกับ
“เลขอ้างอิง Upload”

* คำขอที่ต้องการได้จาก “เลขรับ” ซึ่งตรงกับ “เลขอ้างอิง Upload” *

** เมื่อคลิกออกใบสั่งชำระแล้วรายการจะหายไปอยู่ใน “รายการใบสั่งชำระ” **

- ☐ นำไปส่งชำระที่ได้ไปชำระเงิน “ค่าตรวจประเมินสถานประกอบการเพื่อออกใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์” จำนวน 3,000 บาท ทำเช่นเดียวกับการชำระค่าใบคำขอ

ชำระเงินที่นี่ 

รายการคำขอ										ระบบแก้ไขสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์	
เลขอ้างอิง	ประเภทคำขอ	เลขอนุญาต	วันที่อนุมัติ	วันที่หมดอายุ	วันที่ยื่นคำขอ	ชื่อบริษัท	วันที่แล้วเสร็จ	หมายเหตุ	สถานะ	เลขอ้างอิงคำขอเดิม(ถ้ามี)	ดูรายละเอียด
1460795		ข. 2/68			28/5/2568	บริษัท เอ จำกัด		๑๑	รับคำขอ		

2. เมื่อชำระค่า ม.44 เรียบร้อยแล้ว ระบบจะปรับสถานะเป็น “รับคำขอ (ชำระเงินเรียบร้อยแล้ว)”

ชำระเงินที่นี่ 

รายการคำขอ										ระบบแก้ไขสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์	
เลขอ้างอิง	ประเภทคำขอ	เลขอนุญาต	วันที่อนุมัติ	วันที่หมดอายุ	วันที่ยื่นคำขอ	ชื่อบริษัท	วันที่แล้วเสร็จ	หมายเหตุ	สถานะ	เลขอ้างอิงคำขอเดิม(ถ้ามี)	ดูรายละเอียด
1460795		ข. 2/68			28/5/2568	บริษัท เอ จำกัด		๑๑	รับคำขอ(ชำระเงินเรียบร้อยแล้ว)		

3. หลังจากชำระเงิน ม.44 เรียบร้อยแล้ว เจ้าหน้าที่จะเสนอผู้มีอำนาจลงนามพิจารณา

ชำระเงินที่นี่ 

รายการคำขอ											ระบบแก้ไขสถานะประกอบการเครื่องมือแพทย์
เลขอ้างอิง	ประเภทคำขอ	เลขอนุญาต	วันที่อนุมัติ	วันที่หมดอายุ	วันที่ยื่นคำขอ	ชื่อบริษัท	วันที่แล้วเสร็จ	หมายเหตุ	สถานะ	เลขอ้างอิงคำขอเดิม(ถ้ามี)	ดูรายละเอียด
1460795		ข. 2/68			28/5/2568	บริษัท เอ จำกัด			รับคำขอ(ชำระเงินเรียบร้อยแล้ว)		

4. เมื่อมีอำนาจลงนามพิจารณาคำขอพบว่า

4.1 เอกสารไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วนจะต้องการส่งให้แก้ไขคำขอ/ไฟล์แนบอีกครั้ง

4.2 เอกสารถูกต้องและครบถ้วน สถานะจะถูกปรับเป็น “อนุมัติ” ให้คลิกที่  ะปรากฏใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

รายการคำขอ										ระบบแก้ไขสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์	
เลขอ้างอิง	ประเภทคำขอ	เลขอนุญาต	วันที่อนุมัติ	วันที่หมดอายุ	วันที่ยื่นคำขอ	ชื่อบริษัท	วันที่แล้วเสร็จ	หมายเหตุ	สถานะ	เลขอ้างอิงคำขอเดิม(ถ้ามี)	ดูรายละเอียด
1460795		ข. 2/68			28/5/2568	บริษัท เอ จำกัด		๒๒	อนุมัติ		i

และจะแสดงประวัติการแก้ไขในปุ่ม “สรุปประวัติการแก้ไขเปลี่ยนแปลง”

เอกสารแก้ไขเปลี่ยนแปลงแบบ ขพ.4 และ แบบ ขพ.5

ตัวอย่าง

ข้อมูลอัปเดต ณ วันที่
ใบจดทะเบียน ข. 2/68 บริษัททดสอบ จำกัด

สรุปประวัติการแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

ลำดับ	เลขอ้างอิง	หัวข้อหลัก	หัวข้อการแก้ไข(ย่อย)	จาก	เป็น	วันที่อนุมัติ
1	140132	ย้ายสถานที่ขาย เครื่องมือแพทย์		บ้านเลขที่ 157	บ้านเลขที่ 158	07/14/2024
2	140133	ย้ายสถานที่เก็บรักษา เครื่องมือแพทย์		บ้านเลขที่ 134	บ้านเลขที่ 135	07/15/2024





แบบ บ.ช.พ.๑

ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

ใบอนุญาตที่ ข.

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่
บริษัท เอ จำกัด

โดยมี **นางสมศรี ใจดี** เป็นผู้ดำเนินการ

เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ ตามมาตรา ๒๔ แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑ สำหรับเครื่องมือแพทย์ (ตามเอกสารแนบท้าย)

ณ สถานที่ขายเครื่องมือแพทย์ชื่อ **บริษัท เอ จำกัด**

ตั้งอยู่เลขที่ **5**

ตรอก/ซอย **ถนน** หมู่ที่ **-**

ตำบล/แขวง **พระโขนง** อำเภอ/เขต **คลองเตย**

จังหวัด **กรุงเทพมหานคร** รหัสไปรษณีย์ **10110**

โทรศัพท์ **0 2590 7280** โทรสาร **-**

สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ ตั้งอยู่เลขที่ **5**

ตรอก/ซอย **-** ถนน **-** หมู่ที่ **9**

ตำบล/แขวง **บางปลา** อำเภอ/เขต **บางพลี**

จังหวัด **สมุทรปราการ** รหัสไปรษณีย์ **10540** โทรศัพท์ **0 2590 7280** โทรสาร **-**

โดยมีผู้ควบคุมการขายในกรณีเป็นเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๒(๗) ดังนี้ (ตามเอกสารแนบท้าย)

ใบอนุญาตฉบับนี้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. **2567** และให้ใช้เฉพาะสถานที่

ซึ่งระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ออกให้ไว้ ณ วันที่ **12** เดือน **มิถุนายน** พ.ศ. **2567**

QR code จากหน่วยงาน
ภายนอกที่รับรองว่าใบดังกล่าว
ออกโดยแสดงว่าออกโดย อย.



วัน เดือน ปี ที่ได้รับ
ใบจดทะเบียนกับทาง อย.

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
กระทรวงสาธารณสุข
ผู้อนุญาต

หมายเหตุ ได้รับใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ตั้งแต่วันที่ 12 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567

ปริญญ์ใบอนุญาตจดทะเบียนสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์จากทางหน้าเว็บไซต์ได้เลย

การต่ออายุใบอนุญาต

การต่ออายุ ครั้งที่ ๑

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง
วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.
(ลายมือชื่อ)
ผู้อนุญาต
ตำแหน่ง
..... / /

การต่ออายุ ครั้งที่ ๒

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง
วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.
(ลายมือชื่อ)
ผู้อนุญาต
ตำแหน่ง
..... / /

การต่ออายุ ครั้งที่ ๓

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง
วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.
(ลายมือชื่อ)
ผู้อนุญาต
ตำแหน่ง
..... / /

การต่ออายุ ครั้งที่ ๔

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง
วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.
(ลายมือชื่อ)
ผู้อนุญาต
ตำแหน่ง
..... / /

การต่ออายุ ครั้งที่ ๕

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง
วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.
(ลายมือชื่อ)
ผู้อนุญาต
ตำแหน่ง
..... / /

การต่ออายุ ครั้งที่ ๖

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง
วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.
(ลายมือชื่อ)
ผู้อนุญาต
ตำแหน่ง
..... / /

เลขใบอนเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับ

หน้า 1

เอกสารแนบท้ายใบอนุญาตที่
ขอขายเครื่องมือแพทย์ที่ขาย มีดังนี้

- 1 ขอขายเครื่องมือแพทย์ 1. อุปกรณ์โลหิตมนุษย์

ขอขายเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับอนุญาต

เอกสารแนบท้าย ใบอนุญาตที่ ข. 2/68

โดยมีผู้ควบคุมการ ขาย เครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๖(๗) จำนวน 1 คน ดังนี้

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	คุณวุฒิ
1	นายสมบัติ ใจดี	ปริญญาตรี วิทยาศาสตร์บัณฑิต

