

คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้าอายุ.....ปี สัญชาติ.....

เลขประจำตัวประชาชน.....

อยู่เลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....

หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรสาร.....

โทรศัพท์.....E-mail.....

ขอให้คำรับรองต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ว่า

๑. ข้าพเจ้าเป็น ☐ ผู้ประกอบวิชาชีพหรือ ☐ ผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขา.....

ใบอนุญาตที่.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

กรณีไม่ใช่ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะ ข้าพเจ้าจบการศึกษาคุณวุฒิ.....

.....สาขา.....พ.ศ.

กรณีผ่านการอบรมหลักสูตรจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โปรดระบุชื่อหลักสูตร.....

.....วันที่อบรม

ปัจจุบัน ข้าพเจ้าเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. ๒๕๖๒
จำนวน.....แห่ง ได้แก่ (กรอกข้อมูลเฉพาะกรณีผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการที่ปฏิบัติหน้าที่หลายแห่ง)

(๑) เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา.....แห่งพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. ๒๕๖๒

ของ.....(ชื่อสถานที่ประกอบธุรกิจ)

อยู่เลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....

หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....เวลาปฏิบัติงาน.....

(๒) เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา.....แห่งพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. ๒๕๖๒

ของ.....(ชื่อสถานที่ประกอบธุรกิจ)

อยู่เลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....

หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....เวลาปฏิบัติงาน.....

(กรณีเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการมากกว่าสองแห่งให้แจ้งเพิ่มเติมไว้ท้ายแบบคำรับรองนี้จนครบถ้วน)

๒. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามิได้เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่ผลิต นำเข้า หรือขาย ผลิตภัณฑ์สมุนไพรหลายแห่งในเวลาเดียวกัน และไม่ได้เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามกฎหมายอื่นในเวลาเดียวกันกับที่ยื่นคำขอเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. ๒๕๖๒ ยกเว้นอยู่ในสถานที่เดียวกัน

๓. ขณะนี้ข้าพเจ้า ☐ ไม่ได้รับราชการหรือทำงานประจำอยู่แห่งใด
☐ รับราชการหรือทำงานประจำอยู่ที่.....

เวลาปฏิบัติงาน.....

๔. ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำ ณ สถานที่ประกอบธุรกิจชื่อ

.....
อยู่เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร.....

หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... เวลาปฏิบัติงาน.....

ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าอาจถูกดำเนินคดีฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

คำรับรองนี้ทำต่อผู้อนุญาต และได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

(๑) สำเนาใบประกอบวิชาชีพ ใบประกอบโรคศิลปะ ปริญญาบัตร หรือสำเนาการผ่านอบรมหลักสูตรจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

(๒) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งรับรองว่าผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการไม่เป็นโรคตามมาตรา ๑๙

(๕) แห่งพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. ๒๕๖๒

(๓) เอกสารหลักฐานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)

(ลายมือชื่อ)ผู้ให้คำรับรอง

(.....) ตัวบรรจง