

แบบฟอร์มชุดรูปถ่าย แผนผัง และแผนที่ของสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน

ชื่อสถานที่.....
ที่อยู่.....

กรณีอาคารพาณิชย์ ตึกแถว

- ถ่ายรูปด้านนอกให้เห็นครบทุกชั้น โดยให้เห็นภาพรวมของอาคารสถานที่ที่ขออนุญาตและบริเวณข้างเคียง

กรณีห้างสรรพสินค้า อาคารสำนักงาน

- ถ่ายรูปด้านนอกอาคารสถานที่ให้เห็นภาพรวมของสถานที่ที่ขออนุญาต

1. ภาพลักษณะของสถานที่ที่ขออนุญาต

ถ่ายรูปจากด้านนอกให้เห็นด้านหน้าของสถานที่ที่ขออนุญาต โดยให้เห็นชื่อร้าน เลขที่บ้าน ป้ายสถานที่ขายยา (ตามประเภท) ป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

หมายเหตุ กรณีที่มีการใช้เครื่องหมาย  เป็นสัญลักษณ์ของร้าน ให้ระบุข้อความไว้ภายในเครื่องหมายด้วยข้อความ เช่น Rx ยา หรือให้ใส่รูปไว้ภายในเครื่องหมายดังกล่าว เช่น รูปเม็ดยา แคปซูลยา

2. ด้านหน้าของสถานที่ที่ขออนุญาต

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อสถานที่.....
ที่อยู่.....

ถ่ายรูปจากหน้าร้านให้เห็นบริเวณด้านซ้ายทั้งหมดของสถานที่ที่ขออนุญาต

3. ด้านซ้ายของสถานที่ที่ขออนุญาต

ถ่ายรูปจากหน้าร้านให้เห็นบริเวณด้านขวาทั้งหมดของสถานที่ที่ขออนุญาต

4. ด้านขวาของสถานที่ที่ขออนุญาต

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อสถานที่.....
ที่อยู่.....

ถ่ายรูปตู้/ชั้นวางยาโดยให้เห็นครบทุกตู้/ชั้นที่มีการจัดวางยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ (โดยเปิดม่านปิดบัง) และให้เห็นป้ายแสดงข้อความ “ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร” โดยป้ายดังกล่าวจะต้องปิดถาวรไม่ชำรุดได้ง่าย

5. บริเวณส่วนให้บริการโดยเภสัชกร

ถ่ายรูปแสดงการปิดม่านปิดบังตู้/ชั้นวางยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษทั้งหมด

- ม่านปิดบังจะต้องมีข้อความ “ขณะนี้เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ ไม่สามารถขายยาในบริเวณนี้ได้” ครบถ้วน และข้อความต้องคงทนถาวรไม่สามารถหลุดลอกหรือชำรุดได้ง่าย
- ม่านปิดบังต้องปิดบังตู้/ชั้นวางยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษได้ทั้งหมด

6. ม่านหรือวัสดุที่ใช้ปิดบังบริเวณส่วนให้บริการโดยเภสัชกร

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อสถานที่.....
ที่อยู่.....

ถ่ายรูปให้เห็นโต๊ะให้คำปรึกษาที่มีป้ายแสดงข้อความ “ส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ” และเก้าอี้ 2 ตัวสำหรับ
เภสัชกรและสำหรับผู้รับบริการ โดย

- โต๊ะต้องเป็นวัสดุคงทนถาวร มีขนาดที่เหมาะสมกับการให้คำปรึกษาแนะนำ
- เก้าอี้สำหรับผู้รับบริการทำจากวัสดุคงทนถาวร มีสีขา มีพนักพิง มีขนาดที่เหมาะสมกับผู้นั่ง ทั้งนี้ห้ามเป็น
พลาสติกและห้ามเป็นล้อเลื่อนเนื่องจากจะก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัย
- ป้าย “ส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ” เป็นวัสดุคงทนถาวรไม่ชำรุดง่าย ยึดติดกับโต๊ะแบบถาวร ตัวหนังสือต้องเป็น
ตัวพิมพ์ที่สามารถเห็นและอ่านออกได้ชัดเจน

7. บริเวณ ส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ

ถ่ายรูปตู้/ชั้นวางยาโดยให้เห็นภาพรวมครบถ้วนทั้งหมด และให้เห็นป้ายแสดงข้อความ “จุดให้บริการตนเอง”
โดยป้ายดังกล่าวจะต้องปิดถาวรไม่ชำรุดได้ง่าย

8. บริเวณสำหรับให้ลูกค้าบริการตนเอง

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อสถานที่.....
ที่อยู่.....

ถ่ายรูปบริเวณพื้นที่เก็บสำรองยา สามารถจัดเป็นตู้/ชั้นวางยา หรือพาเลทที่ทำจากพลาสติก/โลหะปลอดสนิม (ไม่วางยาสัมผัสกับพื้นโดยตรง) และให้เห็นป้ายแสดงข้อความ “พื้นที่เก็บสำรองยา” หรือ “ตู้เก็บสำรองยา” โดยให้เป็นป้ายถาวรและไม่ชำรุดได้ง่าย

9. บริเวณพื้นที่เก็บสำรองยา (Stock) (ถ้ามี)

ถ่ายรูปป้ายสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน คู่กับ ป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ให้เห็นข้อความและรูปถ่ายในป้ายชัดเจน

- ป้ายสถานที่ขายยาสีน้ำเงิน ขนาดป้ายกว้างxยาวไม่น้อยกว่า 20x70 เซนติเมตร ตัวอักษรสีขาว ขนาดตัวอักษรสูงไม่ต่ำกว่า 3 เซนติเมตร แสดงข้อความ “สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน”
- ป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการสีน้ำเงิน ขนาดป้ายกว้างxยาวไม่น้อยกว่า 20x70 เซนติเมตร ตัวอักษรสีขาว ขนาดตัวอักษรสูงไม่ต่ำกว่า 3 เซนติเมตร แสดงข้อความ คือ นาย/นาง/นางสาว ชื่อ นามสกุล ด้านหลังนามสกุลตามด้วย ภ.บ. เวลาปฏิบัติการ xx.xx – xx.xx น. และด้านหน้านาย/นาง/นางสาว ติดรูปถ่ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (รูปสี่ 4x6 นิ้ว) สวมเสื้อกาวน์มีตราสภาเภสัชกรรมโดยด้านล่างรูปถ่ายให้มีข้อความ “ภ. xxxx” หรือ “ภ. xxxxx”
- ติดแสดง ป้ายสถานที่ขายยา และป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ไว้ที่กระจกด้านหน้าร้าน (ไม่ปิดที่ประตูเปิดปิด)

หมายเหตุ

1. คำนำหน้าชื่อของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ให้ใช้ นาย/นาง/นางสาว เท่านั้น ~~ไม่ให้ใช้~~ ภก. หรือ ภญ. หรืออื่นใด
2. ข้อความ “ภ. xxxx” หรือ “ภ. xxxxx” ต้องตรงกันกับเลขที่ปรากฏในใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

10. ป้ายสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน และป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อสถานที่.....
ที่อยู่.....

1. ถ่ายรูปภาदनับเม็ดยาและที่นับเม็ดยา ของยาในกลุ่มยาเพนนิซิลิน และกลุ่มยาทั่วไป โดยให้ติดป้ายแสดงข้อความ “กลุ่มยาเพนนิซิลิน” และ “กลุ่มยาทั่วไป” ที่ฝาภาदनับเม็ดยาและด้ามนับเม็ดยา (ด้านแคบ) ใช้ตัวพิมพ์ที่สามารถอ่านออกได้ชัดเจนและติดไม่ให้หลุดลอกหรือชำรุดได้ง่าย
2. ถ่ายรูปเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ

หมายเหตุ

1. ข้อความ “กลุ่มยาเพนนิซิลิน” และ “กลุ่มยาทั่วไป” ให้สะกดตามนี้เท่านั้น
2. ให้ถ่ายรูปตาม ข้อ 1 และข้อ 2 รวมกันใน 1 รูป

11. ภาदनับเม็ดยา (กลุ่มยาเพนนิซิลิน และกลุ่มยาทั่วไป) และเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ

ถ่ายรูปตู้เย็นที่ใช้สำหรับเก็บยา โดยให้เห็นตำแหน่งของการจัดวางภายในร้าน

12. ตู้เย็นสำหรับเก็บยา

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อสถานที่.....
ที่อยู่.....

ถ่ายรูปเครื่องชั่งน้ำหนัก และที่วัดส่วนสูง ให้เห็นตำแหน่งของการจัดวางภายในร้าน โดยที่วัดส่วนสูงต้องมีตัวเลข และขีดแบ่งชัดเจน และสามารถวัดความสูงได้ถึง 200 เซนติเมตร

13. เครื่องชั่งน้ำหนัก และที่วัดส่วนสูงสำหรับผู้มารับบริการ

ถ่ายรูปถังดับเพลิง ให้เห็นตำแหน่งของการจัดวางภายในร้าน โดยถังดับเพลิงมีขนาดบรรจุไม่น้อยกว่า 4 กิโลกรัม จัดวางในบริเวณที่เหมาะสม สามารถใช้งานได้สะดวก และไม่มีสิ่งใดวางกีดขวาง โดยติดตั้งด้วยการแขวนสูงจากพื้นไม่มากกว่า 1.50 เมตร หรือจัดให้มีฐานวางโดยเฉพาะสำหรับถังดับเพลิง หรือวางเข้ามุมและตีกรอบที่พื้นด้วยเทปทึบสีแดง

หมายเหตุ กรณีสถานที่ขายยาตั้งอยู่ในอาคาร ห้างสรรพสินค้า อาคารสำนักงาน สามารถใช้การอ้างอิงระบบป้องกันอัคคีภัย และอุปกรณ์ดับเพลิงของอาคารได้ เช่น รูปถ่ายสายยางดับเพลิง (Fire hose) หรือ ระบบกระจายน้ำดับเพลิงอัตโนมัติ (Sprinklers)

14. อุปกรณ์สำหรับดับเพลิง

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อสถานที่.....
ที่อยู่.....

ถ่ายรูป ของบรรจุยา ที่ระบุ ชื่อร้าน ที่อยู่ร้าน และหมายเลขโทรศัพท์ โดยให้ครบถ้วนสอดคล้องตรงตามเอกสาร
หลักฐานที่ยื่นประกอบคำขอ

15. ของบรรจุยา ที่มีชื่อร้าน ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์

ถ่ายรูปผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการครึ่งตัวหรือเต็มตัวหน้าตรง ถ่ายคู่กับป้ายสถานที่ขายยา และป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
ที่ติดอยู่หน้าร้าน โดยผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องสวมเสื้อกาวน์สีขาวแบบสั้น มีตราสภาเภสัชกรรม พร้อมป้ายแสดง
บนเสื้อว่าเป็นเภสัชกร

16. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อสถานที่.....
ที่อยู่.....

ถ่ายรูปเครื่องปรับอากาศ โดยให้เห็นตำแหน่งการติดตั้งภายในร้าน

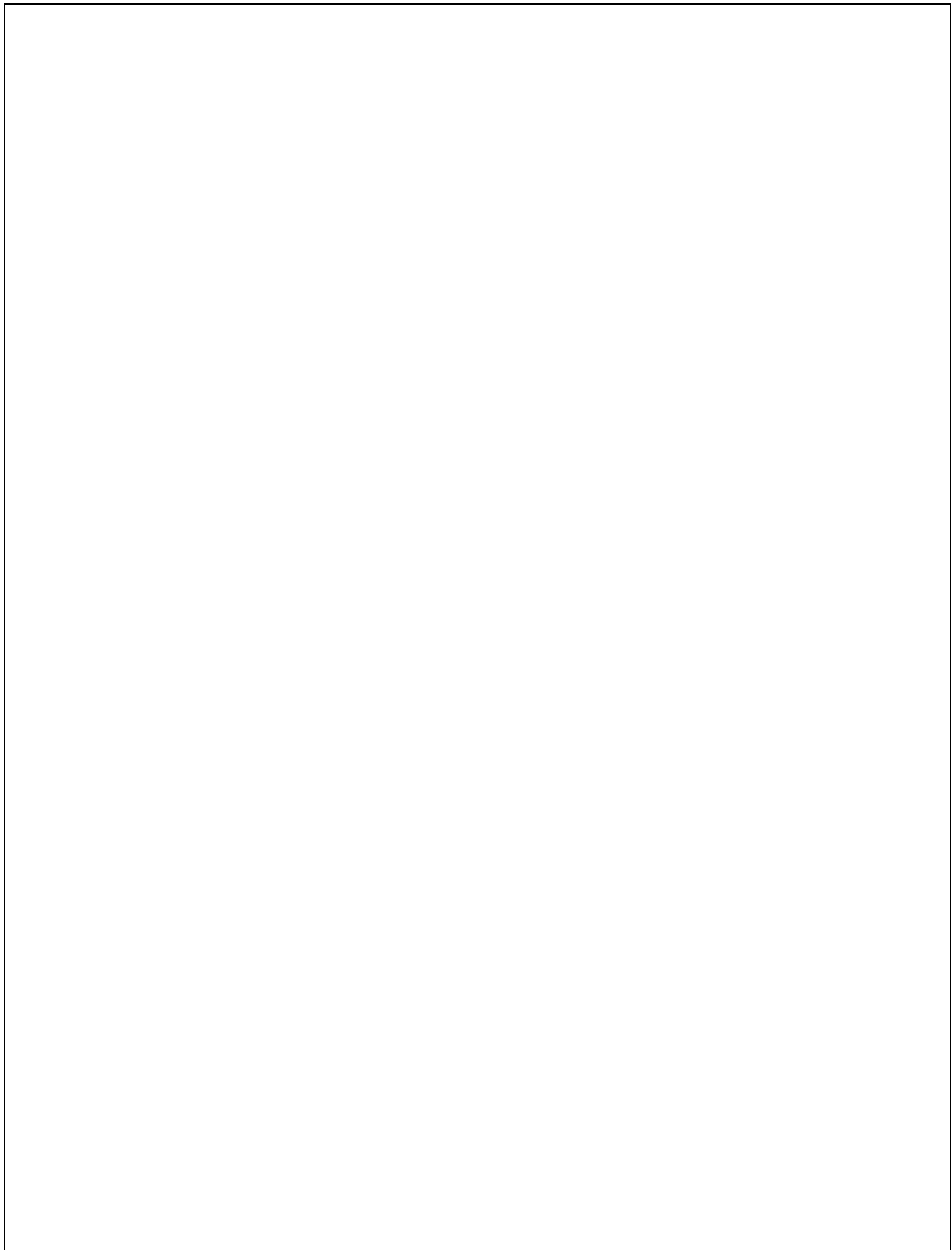
17. เครื่องปรับอากาศ

18. อื่น ๆ (ถ้ามี) เช่น ฉนวนกันความร้อน

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อสถานที่.....
ที่อยู่.....

แผนผังภายในของสถานที่ (พิมพ์หรือวาดลงหมึก)



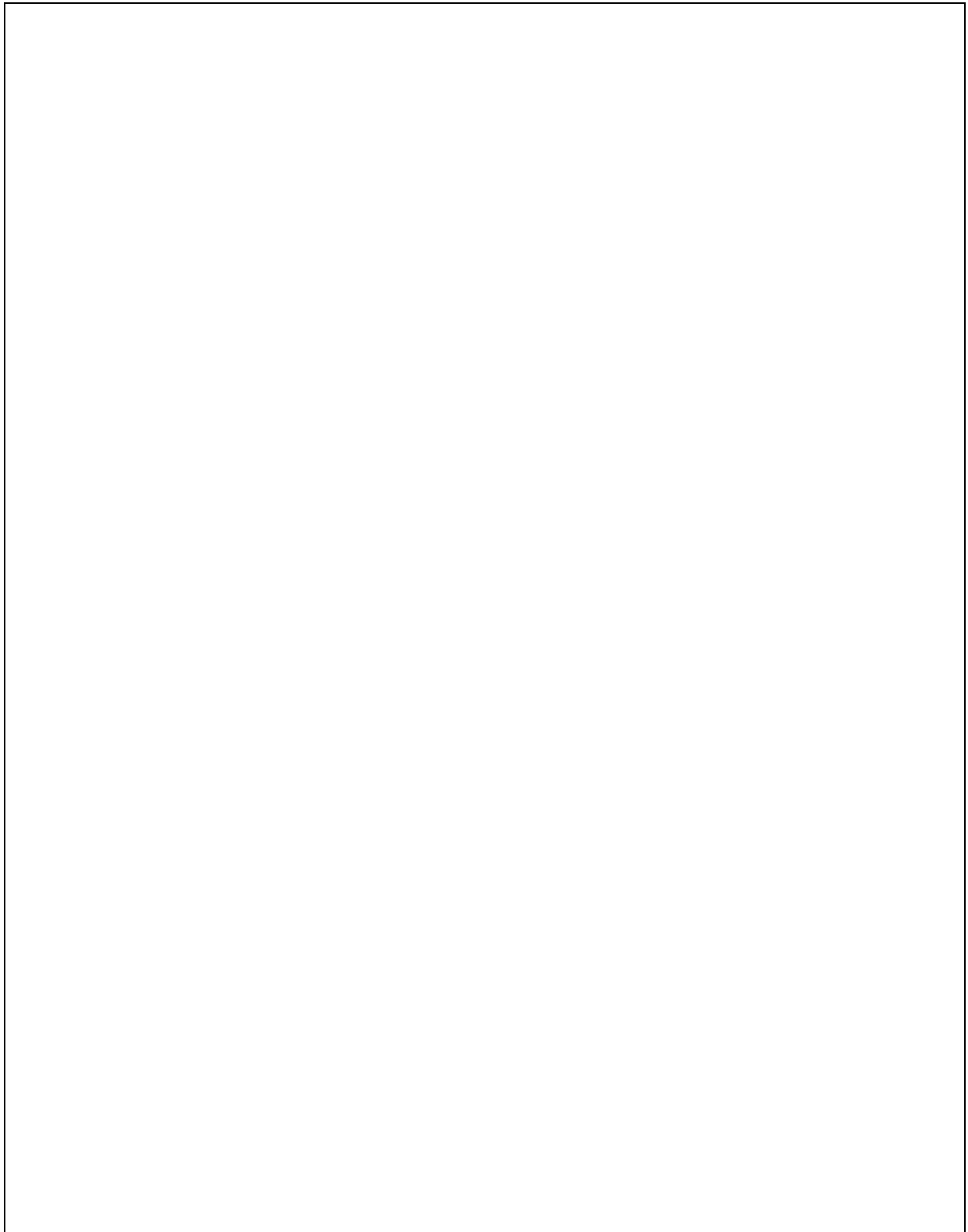
หมายเหตุ ระบุ 1) ความกว้าง ความยาวของสถานที่ 2) ทางเข้าร้าน 3) บริเวณให้บริการโดยเภสัชกรพร้อมระบุความกว้าง ความยาว 4) บริเวณให้คำปรึกษาแนะนำ 5) บริเวณให้บริการตนเอง

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อสถานที่.....
ที่อยู่.....

แผนที่ตั้งของสถานที่ (พิมพ์หรือวาดลงหมึก)

โปรตระบุพิกัด GPS ของสถานที่ที่ขออนุญาต.....



หมายเหตุ ระบุเส้นทางการเดินทางให้ละเอียดชัดเจน เช่น ถนน ซอย ชื่ออาคาร จุดสังเกตใกล้เคียง

ขอรับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....