

คู่มือระบบแจ้งเลิกกิจการ หรือไม่ต่ออายุ

ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ/ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

ผ่านเว็บไซต์ Privus.fda.moph.go.th

(ผู้ประกอบการ)



Browser Google chrome



Adobe acrobat dc



อัปเดตคู่มือวันที่ 30 ก.ย. 2567

สารบัญ

1.การเตรียมเอกสาร	2
1.1 เอกสารประกอบการยื่นขอยกเลิกใบจดทะเบียนสถานประกอบการ/ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ กรณี <u>แจ้งยกเลิกก่อนใบสำคัญสิ้นอายุ</u>	4
1.2 เอกสารประกอบการยื่นขอยกเลิก กรณี <u>แจ้งไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุ</u> เมื่อใบจดทะเบียน สถานประกอบการ/ใบอนุญาตขาย <u>สิ้นอายุแล้ว</u>	12
1.3 เอกสารประกอบการยื่นขอใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ <u>กรณีพ้นระยะเวลาขายตามมาตรา 38 วรรคหนึ่ง</u> กรณีครบกำหนด 60 วันหลังเลิกกิจการหรือใบสิ้นอายุหรือไม่อนุญาตให้ต่ออายุ จะต้องยื่นแบบ ส.พ. ๓ ภายใน 15 วัน.....	20
2. เปิด OPEN ID ด้วยตนเอง (หากมีแล้วให้ข้ามไปขั้นตอนถัดไปได้เลย)	23
3. การเปิดลิขั้ระบบยกเลิกกิจการ หรือไม่ต่ออายุ ผ่านระบบ SKYNET FDA	28
4. การยื่นเอกสารผ่านระบบ SKYNET FDA	30
4.การเข้าใช้ระบบยื่นเอกสารแจ้งเลิกกิจการ หรือไม่ต่ออายุ	31
4.1 เข้าโปรแกรม Chrome.....	31
4.7 เลือก เลขใบที่ต้องการแจ้งเลิกกิจการ หรือไม่ต่ออายุ กดคลิก “เลือก”	34
4.8 เลือก “สถานที่(ใบจดทะเบียนสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์/ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์)”	34
4.9 การกรอกข้อมูลแบบ ส.พ.๑ กรณีแจ้งเลิกกิจการ	35
4.10 การกรอกข้อมูลแบบ ส.พ.๒ กรณีแจ้งไม่ต่ออายุ	52
4.11 การกรอกข้อมูลแบบ ส.พ.๓ กรณีใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ แจ้งพ้นกำหนดระยะเวลาขาย	70

1.การเตรียมเอกสาร

กรณีไม่ประสงค์ประกอบกิจการใบจดทะเบียนสถานประกอบการ/ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

อีกต่อไปในกรณีต่อไปนี้

1. กรณีแจ้งยกเลิกก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ >> ยื่นแบบ ล.พ.๑ ภายใน 30 วันหลังเลิกกิจการ
>> หากฝ่าฝืน ปรับไม่เกิน 5,000 บาท
2. กรณีแจ้งไม่ต่ออายุเมื่อใบอนุญาตสิ้นอายุแล้ว >> ยื่นแบบ ล.พ.๒ ภายใน 30 วันหลังใบสิ้นอายุ หรือไม่อนุญาตให้ต่ออายุ
>> หากฝ่าฝืน ปรับไม่เกิน 5,000บาท
3. การขายเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ >> เฉพาะกรณีขอใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ได้แก่
 1. ชุดตรวจที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี ประเภทเพื่อการวินิจฉัยภายนอกร่างกาย
 2. อุปกรณ์จุลทรรศน์
 3. ผลิตภัณฑ์ที่มีสมบัติชนิดสำหรับใช้ในกระบวนการผ่าตัดตา
 4. ผลิตภัณฑ์ฟอกสีฟัน
 5. เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกาย
 6. กรดไฮยาลูโรนิกชนิดฉีดเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องของผิวหนัง

จะต้องขายเครื่องมือแพทย์ดังกล่าว ให้กับผู้ได้รับอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์รายอื่นหรือบุคคลที่ผู้อนุญาตเห็นสมควรตามมาตรา ๓๘ วรรคหนึ่ง ภายใน 60 วัน หลังเลิกกิจการหรือใบสิ้นอายุ

>> หากขายเครื่องมือแพทย์ หลังพ้นกำหนดเวลา>> มีโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 200,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

>> กรณีครบกำหนด 60 วัน หลังเลิกกิจการ หรือใบสิ้นอายุ หรือไม่อนุญาตให้ต่ออายุ จะต้อง ยื่นแบบ ล.พ.๓ ภายใน 15 วัน หลังพ้นกำหนดเวลา ห้ามผู้รับอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ ดังกล่าว (หากฝ่าฝืน ปรับไม่เกิน 10,000 บาท)

1.1 เอกสารประกอบการยื่นขอยกเลิกใบจดทะเบียนสถานประกอบการ/
ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ กรณีแจ้งยกเลิกก่อนใบสำคัญสิ้นอายุ

เอกสารที่ต้องใช้ กรณีแจ้งยกเลิกก่อนใบจดทะเบียนสถานประกอบการสิ้นอายุ

ลำดับ	รายการเอกสาร	หมายเหตุ
1.	หนังสือแจ้งยกเลิกใบจดทะเบียนสถานประกอบการ/ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์	
2.	ใบจดทะเบียนสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์(/ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ หรือกรณีสูญหายให้แนบใบแจ้งความทดแทน	
3.	หนังสือมอบอำนาจผู้ยื่นเอกสารการขอยกเลิก/ไม่ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเอียด ใบรับจดแจ้งเครื่องมือแพทย์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้มอบอำนาจ และ ผู้รับมอบอำนาจ (หากเป็นบุคคลเดียวกันใช้เอกสารฉบับเดียว)	*ให้กรรมการบริษัทเป็นผู้มอบอำนาจลงลายมือชื่อและประทับตราตามเงื่อนไขบริษัทที่ระบุในหน้าหนังสือรับรองบริษัท **กรณีสถานที่ผลิต/นำเข้า/ขายที่ขอแจ้งไม่ต่ออายุกิจการมีเลขที่ตั้งไม่ใช่สำนักงานใหญ่ของนิติ แต่จัดเป็นสาขา ให้แนบหนังสือรับรองบริษัทที่ออกไม่เกิน 6 เดือนเพิ่มเติม
กรณีใบจดทะเบียนสถานประกอบการ/ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ (ฉบับจริง หรือ ใบแทน) <u>สูญหาย</u> เตรียมเอกสารเพิ่มดังนี้		
4.	<u>ใบแจ้งความ</u> ที่แจ้งว่า “ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ นำเข้าหรือผลิต หรือ ใบอนุญาตขาย (เลือกแล้วแต่กรณี) เครื่องมือแพทย์ เลขที่ ได้สูญหาย” ***เฉพาะกรณีใบยังไม่ได้อยู่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์เท่านั้น หากใบอยู่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์สามารถปริ้นท์จากระบบได้	* โดยผู้มีอำนาจตามหนังสือรับรองบริษัท ต้องเป็นผู้แจ้งความ ด้วยตนเอง ** กรณีผู้มีอำนาจตามหนังสือรับรองบริษัท ไม่ได้เป็นผู้แจ้งความด้วยตนเองให้แนบ (สำเนา) เอกสารการมอบอำนาจการ แจ้งความโดยให้ผู้อื่นกระทำการพร้อมสำเนาบัตรประชาชนผู้ มอบอำนาจและผู้รับมอบแนบท้ายเอกสารดังกล่าว
เอกสารเพิ่มเติม ตอนเปิดสิทธิ		
5.	หนังสือให้ความยินยอมเก็บรวบรวม ใช้ เผยข้อมูลส่วนตัว สำหรับกระบวนการยื่นคำขออนุญาตตามพระราชบัญญัติ เครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551 และ ที่แก้ไขเพิ่มเติม* (ทั้งผู้มอบ และ ผู้รับมอบ)	แนบพร้อมการยื่นเปิดสิทธิ

หมายเหตุ ในกรณีผู้ดำเนินการกิจการตามหน้าใบจดทะเบียนสถานประกอบการ/ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ต้องการรับรองเอกสารจะต้องจัดทำใบมอบอำนาจแต่งตั้งจากกรรมการตามเงื่อนไขบริษัทเพื่อให้มีอำนาจในการกระทำการแทนในเอกสาร

ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือขอยกเลิกใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์

เขียนที่ ชื่อบริษัท/ร้านค้า.....

วันที่วันที่ยื่นเอกสาร

เรื่อง ขอยกเลิกใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์เลขที่เลขที่ใบจดทะเบียน.....

ตามที่ข้าพเจ้า.....ชื่อกรรมการตามเงินไขบริษัท /ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์.....ผู้มีอำนาจ/กรรมการบริษัท
ในนาม..... ชื่อบริษัท/ร้านค้า
ตั้งอยู่เลขที่ที่อยู่ตามหน้าใบจดทะเบียนสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์.....
มีความประสงค์ขอยกเลิกใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ ลำดับที่..... เลขใบจดทะเบียน.....
เนื่องจาก.....
.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจ/กรรมการบริษัท

(.....ชื่อกรรมการตามเงินไขบริษัท.....)

*หากมีหลายท่านต้องลงชื่อให้ครบ

ตราประทับ
บริษัท (ถ้ามี)

ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือขอยกเลิกใบจดทะเบียนสถานประกอบการผลิตเครื่องมือแพทย์

เขียนที่ ชื่อบริษัท/ร้านค้า.....

วันที่ วันที่ขึ้นเอกสาร

เรื่อง ขอยกเลิกใบจดทะเบียนสถานประกอบการผลิตเครื่องมือแพทย์เลขที่เลขที่ใบจดทะเบียน.....

ตามที่ข้าพเจ้า.... ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขบริษัท /ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์.....ผู้มีอำนาจ/กรรมการบริษัท
ในนาม..... ชื่อบริษัท/ร้านค้า

ตั้งอยู่เลขที่ที่อยู่ตามหน้าใบจดทะเบียนสถานประกอบการผลิตเครื่องมือแพทย์.....

มีความประสงค์ขอยกเลิกใบจดทะเบียนสถานประกอบการผลิตเครื่องมือแพทย์ ลำดับที่..... เลขใบจดทะเบียน.....

เนื่องจาก.....

.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจ/กรรมการบริษัท

(.....ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขบริษัท.....)

*หากมีหลายท่านต้องลงชื่อให้ครบ

ตราประทับ
บริษัท (ถ้ามี)

ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือขอยกเลิกใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

เขียนที่ ชื่อบริษัท/ร้านค้า.....

วันที่ วันที่ขึ้นเอกสาร

เรื่อง ขอยกเลิกใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์เลขที่เลขที่ใบจดทะเบียน.....

ตามที่ข้าพเจ้า.... ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขบริษัท /ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์.....ผู้มีอำนาจ/กรรมการบริษัท
ในนาม..... ชื่อบริษัท/ร้านค้า

ตั้งอยู่เลขที่ที่อยู่ตามหน้าใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์.....

มีความประสงค์ขอยกเลิกใบจดทะเบียนสถานประกอบการผลิตเครื่องมือแพทย์ ลำดับที่..... เลขใบอนุญาตขาย.....

เนื่องจาก.....
.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจ/กรรมการบริษัท

(.....ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขบริษัท.....)

***หากมีหลายท่านต้องลงชื่อให้ครบ**

ตราประทับ
บริษัท (ถ้ามี)

ตัวอย่างหนังสือมอบอำนาจเพื่อเป็นผู้ยื่นเอกสาร

หนังสือมอบอำนาจผู้ยื่นเอกสารการขอยกเลิก/ไม่ต่ออายุ/แจ้งเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อพ้นกำหนด
ระยะเวลาขาย ตามมาตรา 38 วรรค 1 ของ ใ้จคหะเบเยนสลาณประกอบการ ใบอนุญาต
ใ้รับแจ้งรายการละเเียด ใบรับจดแจ้ง เครื่องมือแพทย์

ที่.....
วันที่.....
ชื่อบริษัท / ร้านค้า
วันที่มายื่นเอกสาร

โดยหนังสือฉบับนี้.....
(ชื่อนิติบุคคล)

สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....ใหญ่
โดยมี.....
ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท

เป็นผู้มีอำนาจจัดการแทนนิติบุคคลปรากฏตามหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคลกระทรวงพาณิชย์ เลขที่.....
เลขนิติบุคคล 13 หลัก หรือเลขประชาชนในทะเบียนพาณิชย์.....วันที่จดทะเบียนบริษัท/พาณิชย์.....
และแต่งตั้งให้.....ชื่อ-สกุล ผู้กระทำให้แทน.....อายุ.....ปี

สัญชาติ.....
อยู่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
โทรศัพท์.....
แฟกซ์.....
อีเมล.....
เลขประจำตัวประชาชน.....
ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....หมดอายุ.....

เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการดังนี้

ข้อ 1 ให้เป็นผู้ยื่น แบบ ส.พ. ๑ / แบบ ส.พ. ๒/ แบบ ส.พ. ๓ ตลอดจนการแก้ไขเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ
ผ่านระบบ e-submission ต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ข้อ 2 ให้มีอำนาจในการให้คำรับรองต่อเจ้าหน้าที่ แก้ไขเอกสาร เพิ่มเติมเอกสาร รับรองเอกสาร
รับเอกสารคืน ตลอดจนดำเนินการอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับการขอยกเลิกใบจดทะเบียนสถานประกอบการ
ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเียด หรือใบรับจดแจ้งเครื่องมือแพทย์ ดังกล่าวจนเสร็จการ

ข้อ 3 ขอยื่น แบบ ส.พ. ๑ /แบบ ส.พ. ๒/แบบ ส.พ. ๓ ของใบ.....เลขที่.....

ข้อ 4 การมอบอำนาจดังกล่าวนี้ให้ใช้ได้ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....ปี พ.ศ.....

ถึงวันที่.....เดือน.....ปี พ.ศ..... (ไม่เกิน 90 วัน นับตั้งแต่วันที่มอบอำนาจ)

กิจการใดที่.....(ระบุชื่อผู้รับมอบอำนาจ).....ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามขอบเขตแห่งหนังสือ
มอบอำนาจฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบโดยเสมือนว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำด้วยตัวเองทั้งสิ้น เพื่อเป็น
หลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

อากร
แสตมป์
10 บาท

ประทับตรา
บริษัท (ถ้ามี)

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....ชื่อ-สกุล ผู้กระทำให้แทน.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

พยานระบุให้ครบ 2 คน

หนังสือให้ความยินยอมเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล
สำหรับกระบวนการยื่นคำขออนุญาตตามพระราชบัญญัติ.....เครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ)
โดย(กรณีเป็นนิติบุคคล)..... ซึ่งต่อไปในหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้
เรียกว่า “เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล” ตกลงยินยอมให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เก็บรวบรวม ใช้ หรือ เปิดเผย
ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าที่มีอยู่กับ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาหรือสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัด..... ซึ่งต่อไปในหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้เรียกว่า “ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล”
ภายใต้เงื่อนไข ดังต่อไปนี้

๓. วัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อประโยชน์ต่อกระบวนการ
พิจารณาและตรวจสอบคำขออนุญาต ในการตรวจสอบและยืนยันตัวบุคคล เช่น ข้อมูลทะเบียนประวัติราษฎรจากฐานข้อมูล
ทะเบียนกลางกระทรวงมหาดไทย ข้อมูลทะเบียนนิติบุคคลหรือข้อมูลการประกอบธุรกิจของคนต่างด้าวจากฐานข้อมูล
ทะเบียนกลางจากกระทรวงพาณิชย์ ข้อมูลทะเบียนคนต่างด้าวจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ หรือจากฐานข้อมูลใบอนุญาต
ทำงาน กระทรวงแรงงาน ด้วยระบบคอมพิวเตอร์

ทั้งนี้ “ข้อมูลส่วนบุคคล” หมายความว่า ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลซึ่งทำให้สามารถระบุตัวบุคคลนั้นได้ไม่ว่า
ทางตรงหรือทางอ้อม อาทิเช่น ชื่อ นามสกุล เพศ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ วัน เดือน ปี เกิด รูปถ่าย

“ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอำนาจหน้าที่ตัดสินใจเกี่ยวกับการเก็บ
รวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

“ผู้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล” หมายความว่า บุคคลซึ่งดำเนินการเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ หรือ
เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลตามคำสั่งหรือในนามของผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล ทั้งนี้ บุคคลซึ่งดำเนินการดังกล่าวไม่เป็น
ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล

๒. เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลต้องให้ข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย หากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล
ไม่แจ้งข้อมูลส่วนบุคคลตามข้อ ๓. ผู้อนุญาตตามพระราชบัญญัติ.....เครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม.....
จะไม่สามารถพิจารณาคำขออนุญาตได้

๓. ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลนั้น จะจัดเก็บไว้ตลอดอายุของใบอนุญาตตาม
พระราชบัญญัติ.....เครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม..... และอีกไม่เกิน ๓๐ ปี นับตั้งแต่ใบอนุญาตสิ้นอายุ
ผู้รับอนุญาตแจ้งเลิกกิจการ หรือผู้อนุญาตมีคำสั่งเพิกถอนใบอนุญาต

๔. ข้อมูลส่วนบุคคลจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ การเปิดเผยข้อมูลจะกระทำเพื่อวัตถุประสงค์ตามข้อ ๓
ข้างต้น หรือตามหมายเรียก คำสั่งของศาลหรือคำสั่งของเจ้าพนักงานหรือพนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจตามกฎหมายเท่านั้น

๕. เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลมีสิทธิดังต่อไปนี้

๕.๑ ถอนความยินยอมเสียเมื่อใดก็ได้โดยจะต้องถอนความยินยอมได้ง่ายเช่นเดียวกับการให้ความ
ยินยอม เว้นแต่มีข้อจำกัดสิทธิในการถอนความยินยอมโดยกฎหมาย ทั้งนี้ การถอนความยินยอม
ย่อมไม่ส่งผลกระทบต่อกรเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่เจ้าของข้อมูล
ส่วนบุคคลได้ให้ความยินยอมไปแล้วโดยชอบตามที่กำหนดไว้

๕.๒ ขอให้เปิดเผยการได้มาซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวที่ตนไม่ได้ให้ความยินยอมได้

๕.๓ ขอรับข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับตนจากผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลได้ ในกรณีที่ผู้ควบคุมข้อมูล
ส่วนบุคคลได้ทำให้ข้อมูลส่วนบุคคลนั้นอยู่ในรูปแบบที่สามารถอ่านหรือใช้งานโดยทั่วไปได้ด้วย

เครื่องมือ...

เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ทำงานได้โดยอัตโนมัติและสามารถใช้หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลได้ด้วยวิธีการอัตโนมัติ

๕.๔ คัดค้านการเก็บรวบรวม ใช้หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับตนที่กฎหมายอนุญาตให้เก็บได้ โดยไม่ต้องขอความยินยอมจากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลเมื่อใดก็ได้ เว้นแต่เป็นกรณีที่ได้รับการยกเว้นตามกฎหมาย

๕.๕ ขอให้ทำลายหรือทำให้ไม่สามารถระบุตัวบุคคลที่เป็นเจ้าของข้อมูลได้ตามมาตรา ๓๓ วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒

๕.๖ ขอให้ดำเนินการระงับการใช้ข้อมูลส่วนบุคคลได้ในกรณีตามที่กฎหมายกำหนด

๕.๗ แจ้งให้ดำเนินการแก้ไข เพิ่มเติม เปลี่ยนแปลง ให้ข้อมูลส่วนบุคคลนั้นถูกต้องเป็นปัจจุบัน สมบูรณ์ ไม่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิดได้

๕.๘ มีสิทธิร้องเรียนในกรณีที่ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลหรือผู้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของหน่วยงาน ฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

๖. เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลสามารถติดต่อ ได้ที่

๖.๑ กอง/กลุ่ม...เครื่องใช้แพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เลขที่ ๘๘/๒๔ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอ เมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

โทรศัพท์ : ๐ ๒๕๕๐ ๗๐๐๐ โทรสาร : ๐ ๒๕๕๐ ๗๑๑๖ อีเมล : contact@fda.moph.go.th

๖.๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อกำหนดและเงื่อนไขในการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งระบุไว้ด้านบนของหนังสือให้ความยินยอมอย่างชัดเจนแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

1.2 เอกสารประกอบการยื่นขอยกเลิก กรณีแจ้งไม่ต่ออายุหรือผู้
อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุ เมื่อใบจดทะเบียนสถาน
ประกอบการ/ใบอนุญาตขาย สิ้นอายุแล้ว

เอกสารที่ต้องใช้ กรณีแจ้งไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุ
เมื่อใบจดทะเบียนสถานประกอบการ/ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ สิ้นอายุแล้ว

ลำดับ	รายการเอกสาร	หมายเหตุ
1.	หนังสือแจ้งยื่นจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อไม่ต่ออายุ	
2.	ใบจดทะเบียนสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์/ใบอนุญาตขายฉบับจริงหรือสำเนา (ถ้ามี)	
3.	หนังสือมอบอำนาจผู้ยื่นเอกสารการขอยกเลิก/ไม่ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเอียดใบรับจดแจ้ง เครื่องมือแพทย์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้มอบอำนาจ และ ผู้รับมอบอำนาจ (หากเป็นบุคคลเดียวกันใช้เอกสารฉบับเดียว)	*ให้กรรมการบริษัทเป็นผู้มอบอำนาจลงลายมือชื่อและประทับตราตามเงื่อนไขบริษัทที่ระบุในหน้าหนังสือรับรองบริษัท **กรณีสถานที่ผลิต/นำเข้า/ขายที่ขอแจ้งไม่ต่ออายุกิจการมีเลขที่ตั้งไม่ใช่สำนักงานใหญ่ของนิติ แต่จัดเป็นสาขา ให้แนบหนังสือรับรองบริษัทที่ออกไม่เกิน 6 เดือน เพิ่มเติม
เอกสารยื่นเพิ่มเติมตอนเปิดสิทธิ์		
4.	หนังสือให้ความยินยอมเก็บรวบรวม ใช้ เผยข้อมูลส่วนตัวสำหรับกระบวนการยื่นคำขออนุญาตตามพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551 และ ที่แก้ไขเพิ่มเติม * (ทั้งผู้มอบ และ ผู้รับมอบ)	แนบพร้อมการยื่นเปิดสิทธิ์

หมายเหตุ ในกรณีผู้ดำเนินการกิจการตามหน้าใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ต้องการรับรองเอกสารจะต้องจัดทำ
ใบมอบอำนาจแต่งตั้งจากกรรมการตามเงื่อนไขบริษัทเพื่อให้มีอำนาจในการกระทำการแทนในเอกสาร

ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือแจ้งไม่ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์

เขียนที่ ชื่อบริษัท/ร้านค้า.....

วันที่วันที่ยื่นเอกสาร

เรื่อง หนังสือแจ้งขึ้นจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อไม่ต่ออายุ

ใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ เลขที่เลขที่ใบจดทะเบียน.....

ตามที่ข้าพเจ้า.... ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขบริษัท /ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์....ผู้มีอำนาจ/กรรมการบริษัท
ในนาม..... ชื่อบริษัท/ร้านค้า

ตั้งอยู่เลขที่ที่อยู่ตามหน้าใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์.....

มีความประสงค์ขอ ไม่ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ เลขที่..... เลขใบจดทะเบียน.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจ/กรรมการบริษัท

(.....ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขบริษัท.....)

*หากมีหลายท่านต้องลงชื่อให้ครบ

ตราประทับ
บริษัท (ถ้ามี)

ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือแจ้งไม่ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการผลิตเครื่องมือแพทย์

เขียนที่ ชื่อบริษัท/ร้านค้า.....

วันที่ วันที่ยื่นเอกสาร

เรื่อง หนังสือแจ้งขึ้นจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลื่ออยู่เมื่อไม่ต่ออายุ

ใบจดทะเบียนสถานประกอบการผลิต เครื่องมือแพทย์ เลขที่เลขที่ใบจดทะเบียน.....

ตามที่ข้าพเจ้า.... ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขบริษัท /ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์.....ผู้มีอำนาจ/กรรมการบริษัท

ในนาม..... ชื่อบริษัท/ร้านค้า

ตั้งอยู่เลขที่ที่อยู่ตามหน้าใบจดทะเบียนสถานประกอบการผลิตเครื่องมือแพทย์.....

มีความประสงค์ขอไม่ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการผลิตเครื่องมือแพทย์ เลขที่..... เลขใบจดทะเบียน.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจ/กรรมการบริษัท

(.....ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขบริษัท.....)

*หากมีหลายท่านต้องลงชื่อให้ครบ

ตราประทับ
บริษัท (ถ้ามี)

ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือแจ้งไม่ต่ออายุใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

เขียนที่ ชื่อบริษัท/ร้านค้า.....

วันที่ วันที่ขึ้นเอกสาร

เรื่อง หนังสือแจ้งขึ้นจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อไม่ต่ออายุ
ใบอนุญาตขาย เครื่องมือแพทย์ เลขที่เลขที่ใบอนุญาตขาย.....

ตามที่ข้าพเจ้า.... ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขบริษัท /ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์.....ผู้มีอำนาจ/กรรมการบริษัท
ในนาม..... ชื่อบริษัท/ร้านค้า
ตั้งอยู่เลขที่ที่อยู่ตามหน้าใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์.....
มีความประสงค์ขอไม่ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการผลิตเครื่องมือแพทย์ เลขที่..... เลข ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจ/กรรมการบริษัท

(.....ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขบริษัท.....)

*หากมีหลายท่านต้องลงชื่อให้ครบ

ตราประทับ
บริษัท (ถ้ามี)

ตัวอย่างหนังสือมอบอำนาจเพื่อเป็นผู้ยื่นขอยกเลิก/แจ้งไม่ต่ออายุ เครื่องมือแพทย์

กระดามหัวบริษัท

หนังสือมอบอำนาจผู้ยื่นเอกสารการขอยกเลิก/ไม่ต่ออายุ ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต
ใบรับแจ้งรายการละเมิด ใบรับจดทะเบียน เครื่องมือแพทย์

ชื่อบริษัท / ร้านค้า

วันที่มายื่นเอกสาร

ที่.....

ชื่อบริษัท / ร้านค้า

วันที่.....

โดยหนังสือฉบับนี้..... (ชื่อนิติบุ
สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่เลขที่..... ตรอก/ซอย.....
ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....

กรอกที่อยู่สำนักงาน

ใหญ่

ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท

โดยมี.....

เลขนิติบุคคล 13 หลัก หรือเลขประจำตัวประชาชนในทะเบียนพาณิชย์.....
เลขที่.....

ยื่นที่จดทะเบียนบริษัท/พาณิชย์

ชื่อ-สกุล ผู้กระทำการ..... จดทะเบียนวันที่.....

และแต่งตั้งให้..... อายุ..... ปี

สัญชาติ.....

อยู่บ้านเลขที่..... ตรอก/ซอย.....

กรอกที่อยู่ตามทะเบียน

หมู่ที่.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

บ้านที่อพยพ

โทร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

บัตรประจำตัว..... ระบุ “ประชาชน”..... เลขที่.....

เลขประจำตัวประชาชน

ออกให้ ณ..... เมื่อวันที่.....

หมดอายุ.....

เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการดังนี้

ข้อ 1 ให้เป็นผู้ยื่น แบบ ล.พ. ๑ / แบบ ล.พ. ๒/ แบบ ล.พ. ๓ ตลอดจนการแก้ไขเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ
ผ่านระบบ e-submission ต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ข้อ 2 ให้มีอำนาจในการให้คำรับรองถ้อยคำต่อเจ้าหน้าที่ แก่ไขเอกสาร เพิ่มเติมเอกสาร รับรองเอกสาร
รับเอกสารคืน ตลอดจนดำเนินการอื่นใดที่จำเป็นเกี่ยวกับการขอยกเลิกใบจดทะเบียนสถานประกอบการ
ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเมิด หรือใบรับจดทะเบียนเครื่องมือแพทย์ ดังกล่าวจนเสร็จการ

ระบุ “ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ/ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์”

ข้อ 3 ขอแจ้งเลิกกิจการ/ไม่ต่ออายุของใบ..... เลขที่.....

ข้อ 4 การมอบอำนาจดังกล่าวนี้ให้ใช้ได้ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

เลขที่ใบที่ต้องการแจ้ง

ถึงวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... (ไม่เกิน 90 วัน นับตั้งแต่วันที่มอบอำนาจ)

วันที่มอบอำนาจ

กิจการใดที่..... (ระบุชื่อผู้รับมอบอำนาจ)..... ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามขอบเขตแห่งหนังสือ
มอบอำนาจฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองโดยเสมือนว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำด้วยตัวเองทั้งสิ้น เพื่อเป็น
หลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

อากร
แสตมป์
10 บาท

ประทับตรา
บริษัท (ถ้ามี)

ลงชื่อ..... ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....

ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

พยานระบุให้ครบ 2 คน

หนังสือให้ความยินยอมเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล
สำหรับกระบวนการยื่นคำขออนุญาตตามพระราชบัญญัติ.....เครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ)
โดย(กรณีเป็นนิติบุคคล)..... ซึ่งต่อไปในหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้
เรียกว่า “เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล” ตกลงยินยอมให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เก็บรวบรวม ใช้ หรือ เปิดเผย
ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าที่มีอยู่ กับ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาหรือสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัด..... ซึ่งต่อไปในหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้เรียกว่า “ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล”
ภายใต้เงื่อนไข ดังต่อไปนี้

๓. วัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อประโยชน์ต่อกระบวนการ
พิจารณาและตรวจสอบคำขออนุญาต ในการตรวจสอบและยืนยันตัวบุคคล เช่น ข้อมูลทะเบียนประวัติราษฎรจากฐานข้อมูล
ทะเบียนกลางกระทรวงมหาดไทย ข้อมูลทะเบียนนิติบุคคลหรือข้อมูลการประกอบธุรกิจของคนต่างด้าวจากฐานข้อมูล
ทะเบียนกลางจากกระทรวงพาณิชย์ ข้อมูลทะเบียนคนต่างด้าวจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ หรือจากฐานข้อมูลใบอนุญาต
ทำงาน กระทรวงแรงงาน ด้วยระบบคอมพิวเตอร์

ทั้งนี้ “ข้อมูลส่วนบุคคล” หมายความว่า ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลซึ่งทำให้สามารถระบุตัวบุคคลนั้นได้ไม่ว่า
ทางตรงหรือทางอ้อม อาทิเช่น ชื่อ นามสกุล เพศ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ วัน เดือน ปี เกิด รูปถ่าย

“ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอำนาจหน้าที่ตัดสินใจเกี่ยวกับการเก็บ
รวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

“ผู้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล” หมายความว่า บุคคลซึ่งดำเนินการเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ หรือ
เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลตามคำสั่งหรือในนามของผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล ทั้งนี้ บุคคลซึ่งดำเนินการดังกล่าวไม่เป็น
ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล

๒. เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลต้องให้ข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย หากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล
ไม่แจ้งข้อมูลส่วนบุคคลตามข้อ ๓. ผู้อนุญาตตามพระราชบัญญัติ.....เครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม.....
จะไม่สามารถพิจารณาคำขออนุญาตได้

๓. ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลนั้น จะจัดเก็บไว้ตลอดอายุของใบอนุญาตตาม
พระราชบัญญัติ.....เครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม..... และอีกไม่เกิน ๓๐ ปี นับตั้งแต่ใบอนุญาตสิ้นอายุ
ผู้รับอนุญาตแจ้งเลิกกิจการ หรือผู้อนุญาตมีคำสั่งเพิกถอนใบอนุญาต

๔. ข้อมูลส่วนบุคคลจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ การเปิดเผยข้อมูลจะกระทำเพื่อวัตถุประสงค์ตามข้อ ๓
ข้างต้น หรือตามหมายเรียก คำสั่งของศาลหรือคำสั่งของเจ้าพนักงานหรือพนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจตามกฎหมายเท่านั้น

๕. เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลมีสิทธิดังต่อไปนี้

๕.๑ ถอนความยินยอมเสียเมื่อใดก็ได้โดยจะต้องถอนความยินยอมได้ง่ายเช่นเดียวกับการให้ความ
ยินยอม เว้นแต่มีข้อจำกัดสิทธิในการถอนความยินยอมโดยกฎหมาย ทั้งนี้ การถอนความยินยอม
ย่อมไม่ส่งผลกระทบต่อการใช้หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่เจ้าของข้อมูล
ส่วนบุคคลได้ให้ความยินยอมไปแล้วโดยชอบตามที่กำหนดไว้

๕.๒ ขอให้เปิดเผยการได้มาซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวที่ตนไม่ได้ให้ความยินยอมได้

๕.๓ ขอรับข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับตนจากผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลได้ ในกรณีที่ผู้ควบคุมข้อมูล
ส่วนบุคคลได้ทำให้ข้อมูลส่วนบุคคลนั้นอยู่ในรูปแบบที่สามารถอ่านหรือใช้งานโดยทั่วไปได้ด้วย

เครื่องมือ...

เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ทำงานได้โดยอัตโนมัติและสามารถใช้หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลได้ด้วยวิธีการอัตโนมัติ

๕.๔ คัดค้านการเก็บรวบรวม ใช้หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับคนที่กฎหมายอนุญาตให้เก็บได้ โดยไม่ต้องขอความยินยอมจากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลเมื่อใดก็ได้ เว้นแต่เป็นกรณีที่ได้รับการยกเว้นตามกฎหมาย

๕.๕ ขอให้ทำลายหรือทำให้ไม่สามารถระบุตัวบุคคลที่เป็นเจ้าของข้อมูลได้ตามมาตรา ๓๓ วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒

๕.๖ ขอให้ดำเนินการระงับการใช้ข้อมูลส่วนบุคคลได้ในกรณีตามที่กฎหมายกำหนด

๕.๗ แจ้งให้ดำเนินการแก้ไขเพิ่มเติม เปลี่ยนแปลง ให้ข้อมูลส่วนบุคคลนั้นถูกต้องเป็นปัจจุบัน สมบูรณ์ ไม่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิดได้

๕.๘ มีสิทธิร้องเรียนในกรณีที่ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลหรือผู้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของหน่วยงาน ฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

๖. เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลสามารถติดต่อ ได้ที่

๖.๑ กอง/กลุ่ม...เครื่องใช้แพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

เลขที่ ๘๘/๒๔ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอ เมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

โทรศัพท์ : ๐ ๒๕๕๐ ๙๐๐๐ โทรสาร : ๐ ๒๕๕๐ ๙๑๑๖ อีเมล : contact@fdamoph.go.th

๖.๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อกำหนดและเงื่อนไขในการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งระบุไว้ด้านบนของหนังสือให้ความยินยอมนี้อย่างชัดเจนแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

1.3 เอกสารประกอบการยื่นขอใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ กรณี
พ้นระยะเวลาขายตามมาตรา 38 วรรคหนึ่ง กรณีครบกำหนด 60 วัน
หลังเลิกกิจการหรือใบสิ้นอายุหรือไม่อนุญาตให้ต่ออายุ จะต้องยื่นแบบ
ล.พ. ๓ ภายใน 15 วัน

ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ ดังต่อไปนี้

1. ผลิตภัณฑ์ที่มีสมบัติเหนียวสำหรับใช้ในกระบวนการผ่าตัดตา (OVD)
2. ผลิตภัณฑ์ฟอกสีฟัน
3. กระจกบรรจุโลหิตมนุษย์
4. ชุดตรวจที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี (Professional use)
5. กรดไฮยาลูโรนิกชนิดฉีดเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องของผิวหนัง
6. เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกาย
7. เครื่องมือแพทย์ทางทันตกรรม จำนวน 12 รายการ มีผลบังคับใช้ (เริ่มยื่นคำขอ) 27 มิถุนายน 2567
 - รากฟันเทียม (Dental implant)
 - แบริดเก็ตรัดฟัน (Orthodontic brackets or braces)
 - ยางรัดฟัน (Orthodontic elastic)
 - ลวดรัดฟัน (Orthodontic wire)
 - วงแหวนครอบฟัน (Orthodontic Bands)
 - เครื่องมือจัดฟันชนิดใส (Clear Dental Aligner)
 - กรดกัดฟัน (Etching)
 - วัสดุอุดฟัน (Dental filling material)
 - สารยึดติดฟัน (Dental bonding agent or Cementing agent) ยกเว้นการติดฟันปลอม
 - วัสดุพิมพ์ฟันทางทันตกรรม (Impression material for dental)
 - แผลงฟันเทียม (Artificial teeth)
 - ฟลูออไรด์วานิช (Fluoride Varnish)
8. เครื่องมือแพทย์ที่ผู้ขายต้องได้รับอนุญาตและต้องขายเฉพาะแก่ผู้บริโภคมะเร็งที่มีใบสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
จำนวน 1 รายการ มีผลบังคับใช้ (เริ่มยื่นคำขอ) 9 กันยายน 2567
 - เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก (Positive Airway Pressure:PAP)

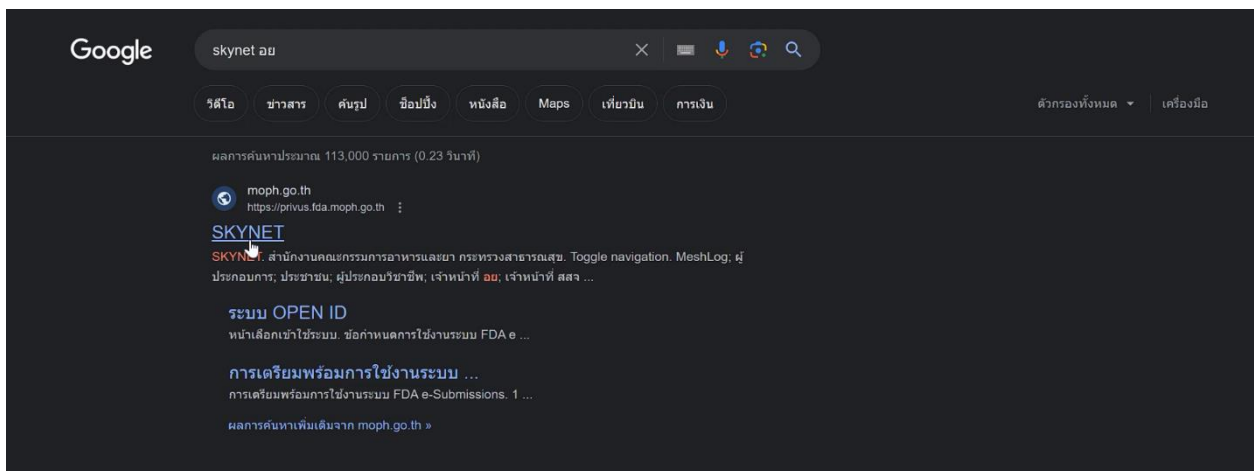
ลำดับ	รายการเอกสาร	หมายเหตุ
1.	ไม่ต้องแนบเอกสาร กรอกแค่แบบ ลพ.3 ในระบบ	

2. เปิด Open ID ด้วยตนเอง

(หากมีแล้วให้ข้ามไปขั้นตอนถัดไปได้เลย)

1.เปิด Open ID ด้วยตนเอง (หากเคยสมัครแล้วให้ดำเนินการขั้นตอนต่อไป)

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



1.2. คลิกที่ ผู้ประกอบการ



1.3. คลิกที่ ลงทะเบียน

ลงชื่อเข้าใช้งาน
ระบบลงทะเบียนผู้ประกอบการ ออย.

ชื่อนิติบุคคล :

รหัสนิติบุคคล / เลขประจำตัวประชาชน / อีเมล

รหัสผ่าน : ลืมรหัสผ่าน ?

ระบุรหัสผ่าน

1.4. คลินิกที่ ยินยอม


Digital ID



เพื่อให้บริการด้านการพิสูจน์ตัวตนขั้นพื้นฐานทางดิจิทัล (Digital ID Service) ที่สามารถเข้าถึงได้ทางระบบออนไลน์ฯ ขยะตาม โดยไม่ต้องลงมือเขียนชื่อไว้บนกระดาษอีก ซึ่งเป็นการลดภาระการเขียนการขอและรักษาความปลอดภัยด้วยมาตรการการเข้ารหัสแบบ

ซึ่งใช้ขั้นตอนการให้บริการดังนี้

1. ผู้ให้บริการจะต้องมีการให้บริการที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูง ๆ ซึ่งผู้ให้บริการจะต้องมีการให้บริการที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูง ๆ ซึ่งผู้ให้บริการจะต้องมีการให้บริการที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูง ๆ
2. ผู้ให้บริการจะต้องมีการให้บริการที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูง ๆ ซึ่งผู้ให้บริการจะต้องมีการให้บริการที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูง ๆ ซึ่งผู้ให้บริการจะต้องมีการให้บริการที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูง ๆ
3. ผู้ให้บริการจะต้องมีการให้บริการที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูง ๆ ซึ่งผู้ให้บริการจะต้องมีการให้บริการที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูง ๆ ซึ่งผู้ให้บริการจะต้องมีการให้บริการที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูง ๆ
4. ผู้ให้บริการจะต้องมีการให้บริการที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูง ๆ ซึ่งผู้ให้บริการจะต้องมีการให้บริการที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูง ๆ ซึ่งผู้ให้บริการจะต้องมีการให้บริการที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูง ๆ
5. ผู้ให้บริการจะต้องมีการให้บริการที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูง ๆ ซึ่งผู้ให้บริการจะต้องมีการให้บริการที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูง ๆ ซึ่งผู้ให้บริการจะต้องมีการให้บริการที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูง ๆ

หากเข้าถึงได้ผ่านแอปพลิเคชันใด ๆ ก็ตาม





1.5. กรอกร เลขบัตรประชาชน และ คลิกลี เลเซอร์โค้ดหลังบัตรประชาชน > คลิกลี ถัดไป

1.6. กรอกข้อมูลและคลิกที่ ยืนยันตัวตน

[illegible]

1.7. ตั้ง Username และ Password คลิก ถัดไป

2. กรอกข้อมูลผู้ลงทะเบียน

ชื่อจริง (ภาษาไทย) (ไม่ลงบรรทัดนำหน้าชื่อ) ชื่อกลาง (ภาษาไทย) (ถ้ามี) นามสกุล (ภาษาไทย)

วันเดือนปีเกิด

บัญชีใช้งาน (Username)

รหัสผ่าน (Password)

ยืนยันรหัสผ่าน (Password)

ถัดไป >

1.8. กรอก เบอร์โทรศัพท์มือถือ คลิกที่ ขอรหัส OTP ทาง SMS

ลงทะเบียน
One account. All of Services.

3. ยืนยันเบอร์โทรศัพท์มือถือ

ขอรหัส OTP ทาง SMS

ดำเนินการยืนยันเบอร์โทรศัพท์มือถือ

ถัดไป >

1.9. กรอก รหัส OTP และคลิกที่ ยืนยันเบอร์โทรศัพท์มือถือ

3. ยืนยันเบอร์โทรศัพท์มือถือ

รหัส OTP โหมจะหมดอายุภายใน 0:21 ดำเนินการยืนยันเบอร์โทรศัพท์มือถือ

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

856567

ยืนยันเบอร์โทรศัพท์มือถือ

ถัดไป >

1.10. เมื่อยืนยันเรียบร้อยแล้ว คลิก **ถัดไป**

ลงทะเบียน
One account. All of Services.

3. ยืนยันเบอร์โทรศัพท์มือถือ

ท่านได้ทำการยืนยันเบอร์โทรศัพท์มือถือเรียบร้อยแล้ว

ยกเลิก < กลับหน้า **ถัดไป >**

1.11. ตรวจสอบข้อมูลและคลิก **ยืนยันข้อมูล**

ลงทะเบียน
One account. All of Services.

4. ตรวจสอบข้อมูล

ข้อมูลส่วนตัว

ชื่อ นามสกุล: [redacted] ✓

เลขบัตรประชาชน (13 หลัก): [redacted] ✓

วันเดือนปีเกิด: [redacted] ✓

เลขบัตรประชาชนเดิม: [redacted] ✓

ข้อมูลการลงทะเบียน

อีเมลยืนยัน: [redacted]

เบอร์โทรศัพท์: [redacted]

เลขหมายมือถือ: [redacted]

ข้อมูลการยืนยันข้อมูล

ข้อมูลยืนยัน (Lastname): [redacted]

รหัสผ่าน (Password): [redacted]

ยืนยันข้อมูล < กลับหน้า **ยืนยันข้อมูล**

3. การเปิดสิทธิ์ระบบยกเลิกกิจการ หรือไม่ต่ออายุ ผ่านระบบ Skynet fda

3. เปิดสิทธิ์เพื่อเข้าใช้งาน E-Submission ระบบยกเลิกกิจการ หรือไม่ต่ออายุ

เอกสารที่ต้องจัดเตรียมเพื่อเปิดสิทธิ์ E-submission ประกอบด้วย

3.1 **ตัวจริง**หนังสือมอบอำนาจผู้ยื่นเอกสารการขอยกเลิก/ไม่ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเมิด ใบรับจดทะเบียน เครื่องมือแพทย์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนผู้มอบอำนาจ และ ผู้รับมอบอำนาจ (หากเป็นบุคคลเดียวกันใช้เอกสารฉบับเดียว) *,** พร้อมรับรองสำเนาและประทับตราบริษัท (ถ้ามี)

* หนังสือมอบอำนาจพร้อมติดอากรแสตมป์ 30 บาท และประทับตราบริษัท (ถ้ามี)

** ข้อมูลที่อยู่ของผู้ยื่นที่กรอกในใบมอบอำนาจจะต้องเป็นที่อยู่ปัจจุบันตามทะเบียนบ้าน

*** ผู้มอบอำนาจจะต้องเป็นกรรมการผู้มีอำนาจลงนามตามเงื่อนไขบริษัทเท่านั้น

3.2 **ตัวจริง**ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ/ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ กรณีต้องการแจ้งเลิกกิจการและใบยังไม่อยู่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

3.3 **หนังสือให้ความยินยอม**เก็บรวบรวม ใช้ เผยแพร่ข้อมูลส่วนตัว สำหรับกระบวนการยื่นคำขออนุญาตตามพระราชบัญญัติ เครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551 และ ที่แก้ไขเพิ่มเติม* (ทั้งผู้มอบ และ ผู้รับมอบ)

หมายเหตุ

1. สแกนชุดเอกสาร ข้อ 3.1 เพื่อใช้แนบในระบบในหัวข้อหนังสือมอบอำนาจผู้ยื่นเอกสาร * โดยการสแกนใบมอบอำนาจต้องใช้ฉบับจริงในการสแกน

2. สแกนเอกสารข้อ 3.2 เพื่อใช้แนบในระบบในหัวข้อ

ใบจดทะเบียนสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์ /ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ หรือกรณีสูญหายให้แนบบใบแจ้งความทดแทน*

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)

*หากมีข้อสงสัยเพิ่มเติมสามารถโทรสอบถามได้ที่แอตไลน์ที่ @371eojnr(*เฉพาะเรื่องการเปิดสิทธิ์และปัญหาเกี่ยวกับระบบ E-submission เท่านั้น)

4. การยื่นเอกสารผ่านระบบ Skynet fda

4.การเข้าใช้ระบบยื่นเอกสารแจ้งเลิกกิจการ หรือไม่ต่ออายุ

4.1 เข้าโปรแกรม Chrome >> search “skynet” หรือเข้า website

<https://privus.fda.moph.go.th/>



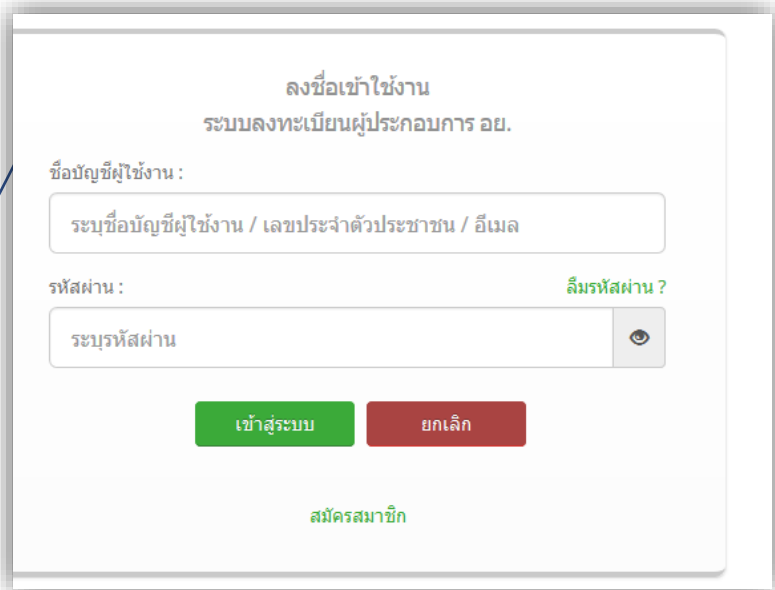
* ต้องยืนยันผ่าน Chrome เท่านั้น

4.2 เลือก “ผู้ประกอบการ ” >> ไอคอนสีฟ้า

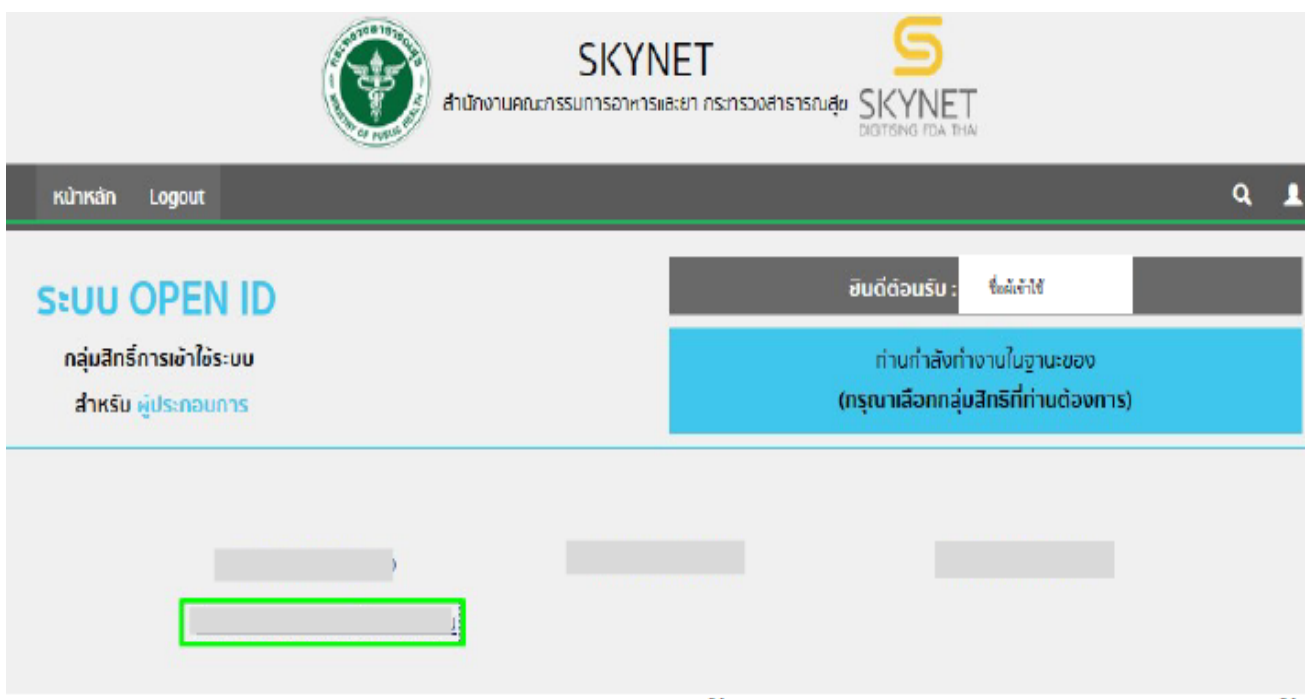


4.3 กรอก Username และ Password โดยใช้ Username และ Password เดียวกับตอนที่สมัคร Open Id

Login ด้วย Open ID ที่ได้
สมัครไว้



4.4 เลือกชื่อ บริษัท (กรณีเป็นผู้รับมอบอำนาจบริษัทเดียว ระบบจะข้ามไป ข้อ 1.5 ทันที)



หมายเหตุ : กรณีเป็นผู้รับมอบอำนาจหลายบริษัท จะขึ้นชื่อบริษัทที่ได้รับมอบอำนาจมาทั้งหมด

4.5 คลิกเลือกที่ “แจ้งเลิกกิจการ ไม่ต่ออายุ” เพื่อเริ่มกระบวนการยื่นเรื่อง

- ผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์
- ศาขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงจดทะเบียนสถานประกอบการ/ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์
- นำเข้าเครื่องมือแพทย์ทั่วไป
- ผลิตภัณฑ์ส่งออกเครื่องมือแพทย์
- ระบบคุณภาพการผลิตเครื่องมือแพทย์ (GMP)
- เพิ่มข้อมูลผลิตภัณฑ์เฉพาะผู้ผลิต (ส.ผ)
- ระบบรายงานด้านมแทียม
- รายงานการผลิต นำเข้า หรือขายเครื่องมือแพทย์
- **แจ้งเลิกกิจการ ไม่ต่ออายุ**
- วินิจฉัยเครื่องมือแพทย์

4.6 คลิกเลือก “สร้างคำขอ คลิกที่นี่”

ระบบแจ้งเลิกกิจการ/ไม่ต่ออายุ

[ส่งรายงาน](#) [สร้างคำขอ คลิกที่นี่ <<](#)

[Download ตัวอย่างหนังสือบริษัท](#)

[คำแนะนำในการส่งรายงาน](#)

กรุณาระบุคำค้นหา

เลขอ้างอิง	ประเภทคำขอ	ใบสำคัญ	กระบวนการงาน	วันที่ยื่นเรื่องเข้าระบบ	สถานะ	หมายเหตุ (พบก)	ดูรายละเอียด
							ดูข้อมูล

4.7 เลือก เลขใบที่ต้องการแจ้งเลิกกิจการ หรือไม่ต่ออายุ กดคลิก “เลือก”

รายการสถานที่

ใบอนุญาต :	สน. 4/63	 เลือก
ชื่อสถานที่ :	บริษัท ทดสอบ จำกัด	
ที่อยู่ :		

ใบอนุญาต :	สพ. 2/63	 เลือก
ชื่อสถานที่ :	บริษัท ทดสอบ จำกัด	
ที่อยู่ :		

4.8 เลือก “สถานที่(ใบจดทะเบียนสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์/ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์)”

สถานที่
(ใบจดทะเบียนสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์/ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์)

ผลิตภัณฑ์
(ใบแจ้งรายการละเอียด/ใบอนุญาต/ใบแจ้งแจ้ง)

ย้อนกลับ

4.9 การกรอกข้อมูลแบบ ลพ.๑

กรณีแจ้งเลิกกิจการ

4.9 กดรอกข้อมูลแบบ ลพ. ผ่านระบบ

4.9.1 กรณีแจ้งเลิกกิจการ ยื่นแบบ ล.พ.๑

ตัวอย่างหน้าระบบ

ข้าพเจ้า

☐ เจ้าของกิจการ : กรรมการตามเงื่อนไขบริษัท

☐ ผู้ดำเนินการ

ชื่อผู้ยื่นคำขอ

เบอร์มือถือผู้ยื่นคำขอ

E-mail ผู้ยื่นคำขอ

ประเภท

☐ แจ้งเลิกกิจการ (กรณีเลิกก่อนใบสำคัญสิ้นสุดอายุ)

☐ ไม่ต่ออายุ (กรณีใบสำคัญสิ้นสุดอายุแล้ว)

โดย

☐ มีเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่

☐ ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่

หมายเหตุแจ้งการยกเลิกกิจการหรือไม่ต่ออายุ (ถ้ามี)

ย้อนกลับ

บันทึก

ตัวอย่างการแบบ ล.พ.1 ที่จะแสดงผ่านระบบหลังจากกรอกข้อมูล

แบบ ล.พ. ๑

เลขวันที่.....

วันที่.....

ผู้รับคำขอ.....

(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

หนังสือแจ้งเลิกกิจการ จำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ของ

ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเอียด หรือใบรับจดแจ้ง ☐ ผลัด ☒ นำเข้า ☐ ขาย เครื่องมือแพทย์

วันที่..... วันที่ยื่นเอกสาร

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว)..... ชื่อกรรมการบริษัทตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท / ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์..... เจ้าของกิจการ / ผู้ดำเนินการ

ในนามของ (ชื่อนิติบุคคล / บุคคลธรรมดา)..... ชื่อบริษัท/ร้านค้า..... ผู้จดทะเบียนสถานประกอบการ / ผู้รับอนุญาต / ผู้แจ้งรายการละเอียด / ผู้จดแจ้ง

ขอแจ้งเลิกกิจการ ☒ ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ เลขที่..... เลขที่ใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์

☐ ใบอนุญาต จำนวน..... ฉบับ เลขที่.....

☐ ใบรับแจ้งรายการละเอียด จำนวน..... ฉบับ เลขที่.....

☐ ใบรับจดแจ้ง จำนวน..... ฉบับ เลขที่.....

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... โดย ☐ ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่ ☐ มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่และเก็บไว้ ณ สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์

ตั้งรายละเอียดต่อไปนี้ วันที่ต้องกรายกเลิกใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์อาจจะเป็นวันเดียวกับวันที่มายื่นหรือวันที่ยกเลิกกิจการไม่เกิน 30 วัน นับจากวันที่ยื่น

ลำดับที่	ชื่อเครื่องมือแพทย์	เลขที่ ใบอนุญาต/ใบรับแจ้งรายการละเอียด/ ใบรับจดแจ้งเครื่องมือแพทย์ (ถ้ามี)	เลขที่หรืออักษรแสดง ครั้งที่ผลิต หรือรหัส ประจำเครื่องมือแพทย์	จำนวน/ปริมาณ	ที่ตั้งสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์

(ลายมือชื่อ)..... เจ้าของกิจการ / ผู้ดำเนินการ

(.....)

ชื่อกรรมการบริษัท ตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท

/ ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์

4.9.1

1. การเลือกผู้มอบอำนาจในการยื่นแจ้งเลิกกิจการ กรณีผู้มอบอำนาจเป็นเจ้าของกิจการ(กรรมการตามเงื่อนไขบริษัท) ให้เลือกคลิก “เจ้าของกิจการ(กรรมการตามเงื่อนไขบริษัท)” และกรอกชื่อกรรมการ ตามเงื่อนไขบริษัท (หากมีมากกว่า 1 คน ให้กรอกชื่อให้ครบ)

ข้าพเจ้า

☒ เจ้าของกิจการ : กรรมการตามเงื่อนไขบริษัท
กรุณากรอกชื่อ เจ้าของกิจการ
นางสมศรี ใจดี , นายสมคิด ใจดี

☐ ผู้ดำเนินกิจการ



สำนักงานทะเบียนหุ้นส่วนบริษัทกรุงเทพมหานคร
กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์

หนังสือรับรอง

ขอรับรองว่าบริษัทนี้ ได้จดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์
เมื่อวันที่ **11 เมษายน 2563** เป็นนิติบุคคลเลขที่ **0115550000000**
ปรากฏข้อความในรายการตามเอกสารทะเบียนนิติบุคคล ณ วันออกหนังสือ ดังนี้

- ชื่อบริษัท **บริษัท เอ จำกัด** (จำกัด)
- กรรมการของบริษัทมี 3 คน ตามรายชื่อต่อไปนี้

1. นายสมศรี ใจดี	2. นายสมคิด ใจดี	3. นายสมหมาย ใจดี
------------------	------------------	-------------------
- จำนวนหรือชื่อกรรมการซึ่งมีคุณสมบัติครบถ้วน **กรรมการสองคนลงลายมือชื่อและประทับตราสำคัญของบริษัท**
- ทุนจดทะเบียน 5,000,000 บาท / ๑๐๐ ล้านบาท
- สำนักงานใหญ่ ตั้งอยู่เลขที่ **9999 ถนน ดิوانนท์ ตำบล ตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี**
- โรคที่ประสิทธิของปีแรกมี 25 ข้อ ดังปรากฏในสารนเอกสารซึ่งถ่ายหรือส่งรับรอง จำนวน 2 แผ่น โดยมิลายมือชื่อนายทะเบียนซึ่งรับรองและประทับตราสำคัญงานทะเบียนหุ้นส่วนบริษัทเป็นสำคัญ

ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

(ออกไม่เกิน 6 เดือน)

@

บริษัท เอ จำกัด

(นายสมคิด ใจดี)

สำนักงานต้อง

.....

(นางสมศรี ใจดี)

กรรมการ 2 คนลงลายมือชื่อ

และ ประทับตราบริษัท

ตามเงื่อนไขข้อ 3 ตามตัวอย่างข้างต้น

คำเตือน : ผู้ใช้ควรตรวจสอบข้อความการนำออกหนังสือรับรองเป็นบริษัทด้วย



กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์
Department of Business Development
Ministry of Commerce
โทร. ๐๒ ๒๒๖ ๖๐๐๐

สำนักงานพัฒนาธุรกิจการค้า
Division Services
สาขาคูณ 1570 ถนนวิภาวดีรังสิต
โทร. ๐๒ ๒๒๖ ๖๐๐๐

ตัวอย่างการแสดงแบบ ล.พ.1 ที่จะแสดงผ่านระบบหลังจากกรอกข้อมูล

แบบ ล.พ. ๑
 เลขรับที่.....
 วันที่.....
 ผู้รับค่าขอ.....
 (สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

หนังสือแจ้งเลิกกิจการ จำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ของ
 ใจจดพะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเมิด หรือใบรับจดแจ้ง ☐ ผิด ☒ นำเข้า ☐ ขยาย เครื่องมือแพทย์

วันที่ วันที่ยื่นเอกสาร

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) ชื่อกรรมการบริหารตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท / ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์ เจ้าของกิจการ / ผู้ดำเนินการกิจการ

ในนามของ (ชื่อนิติบุคคล / บุคคลธรรมดา) ชื่อบริษัท/ร้านค้า ผู้จดทะเบียนสถานประกอบการ / ผู้รับอนุญาต / ผู้แจ้งรายการละเมิด / ผู้จดแจ้ง

ขอแจ้งเลิกกิจการ ☒ ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ เลขที่ เลขที่ใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์

☐ ใบอนุญาต จำนวน ฉบับ เลขที่

☐ ใบรับแจ้งรายการละเมิด จำนวน ฉบับ เลขที่

☐ ใบรับจดแจ้ง จำนวน ฉบับ เลขที่

ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. โดย ☐ ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่ ☐ มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่และเก็บไว้ ณ สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์

ดังรายละเอียดต่อไปนี้ วันที่ต้องกรอกเลิกใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์อาจจะเป็นวันเดียวกับวันที่ยื่นหรือวันที่ยกเลิกกิจการไม่เกิน 30 วัน นับจากวันที่ยื่น

ลำดับที่	ชื่อเครื่องมือแพทย์	เลขที่ ใบอนุญาตใบรับแจ้งรายการละเมิด/ ใบรับจดแจ้งเครื่องมือแพทย์ (ถ้ามี)	เลขที่หรือรายการแสดง ครั้งที่ผลิต หรือรหัส ประจำเครื่องมือแพทย์	จำนวน/ปริมาณ	ที่ตั้งสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์

(ลายมือชื่อ)..... เจ้าของกิจการ / ผู้ดำเนินการ
 (.....)
 ชื่อกรรมการบริหาร ตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท
 / ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์

ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ (เฉพาะกรณีผู้ดำเนินการได้รับมอบอำนาจจากกรรมการตามเงื่อนไขบริษัทให้เป็นผู้ยื่นเรื่องแทนตามเอกสารมอบอำนาจผู้ยื่นคำขอ

ตัวอย่างการแสดงผลแบบ ภ.พ.1 ที่จะแสดงผ่านระบบหลังจากกรอกข้อมูล

แบบ ภ.พ. ๑

เลขรับที่.....
 วันที่.....
 ผู้รับค่าขอ.....
 (สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

หนังสือแจ้งเลิกกิจการ จำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ของ
 ใ้จดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเมิด หรือใบรับจดทะเบียน ☐ ผลิตภัณฑ์ ☒ นำเข้า ☐ ขาย เครื่องมือแพทย์

วันที่ วันที่ยื่นเอกสาร

ผู้ท้เจ้า (นาย / นาง / นางสาว) ชื่อกรรมการบริหารตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท/ ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์ เจ้าของกิจการ / ผู้ดำเนินการกิจการ

ในนามของ (ชื่อนิติบุคคล / บุคคลธรรมดา) ชื่อบริษัท/ร้านค้า ผู้จดทะเบียนสถานประกอบการ / ผู้รับอนุญาต / ผู้แจ้งรายการละเมิด / ผู้จดทะเบียน

ขอแจ้งเลิกกิจการ ☒ ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ เลขที่ เลขที่ใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์

☐ ใบอนุญาต จำนวน ฉบับ เลขที่
☐ ใบรับแจ้งรายการละเมิด จำนวน ฉบับ เลขที่
☐ ใบรับจดทะเบียน จำนวน ฉบับ เลขที่

ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. โดย ☐ ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่ ☐ มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่และเก็บไว้ ณ สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์

ดังรายละเอียดต่อไปนี้ วันที่ต้องกรอกลงเลิกจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์อาจจะเป็นวันเดียวกับวันที่มายื่นหรือวันที่ยกเลิกกิจการไม่เกิน 30 วัน นับจากวันที่มายื่น

ลำดับที่	ชื่อเครื่องมือแพทย์	เลขที่ ใบอนุญาต/ใบรับแจ้งรายการละเมิด/ ใบรับจดทะเบียนเครื่องมือแพทย์ (ถ้ามี)	เลขที่หรืออักษรแสดง ครั้งที่ผลิต หรือรหัส ประจำเครื่องมือแพทย์	จำนวน/ปริมาณ	ที่ตั้งสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์

(ลายมือชื่อ)..... เจ้าของกิจการ / ผู้ดำเนินการกิจการ
 (.....)
 ชื่อกรรมการบริษัท ตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท
 / ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์

4.9.2. กรอกข้อมูลผู้ยื่นคำขอ โดยการกรอกเบอร์มือถือผู้ยื่นคำขอ และ E-mail สำหรับให้เจ้าหน้าที่ติดต่อกลับ

ชื่อผู้ยื่นคำขอ		เบอร์มือถือผู้ยื่นคำขอ		E-mail ผู้ยื่นคำขอ	
-----------------	----------------------	------------------------	----------------------	--------------------	----------------------

4.9.3 เลือกประเภทการยื่นเอกสาร คลิ๊ก “แจ้งเลิกกิจการ (กรณียกเลิกก่อนใบสำคัญสิ้นสุดอายุ) และระบุวันที่ยกเลิกกิจการ ต้องเป็นวันที่ ก่อนวันที่ยื่นคำขอ 30 วัน เช่น เลิกกิจการวันที่ 1 พ.ย. จะต้องยื่นแจ้งเลิกกิจการ ได้ไม่เกินวันที่ 30 พ.ย. ตามที่กฎหมายกำหนด

ประเภท

☒ แจ้งเลิกกิจการ (กรณียกเลิกก่อนใบสำคัญสิ้นสุดอายุ)

☐ ไม่ต่ออายุ (กรณีใบสำคัญสิ้นสุดอายุแล้ว)

ระบุวันที่ยกเลิกกิจการ (ห้ามเกิน 30 วัน นับจากวันที่ยื่นคำขอ)

ตัวอย่างการแสดงผลแบบ ล.พ.1 ที่จะแสดงผ่านระบบหลังจากกรอกข้อมูล

แบบ ล.พ. ๑

เลขรับที่.....
วันที่.....
ผู้รับคำขอ.....
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

หนังสือแจ้งเลิกกิจการ จำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ของ
ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเอียด หรือใบรับจดทะเบียน ☐ ผลัด ☒ นำเข้า ☐ ขาย เครื่องมือแพทย์

วันที่..... วันที่ยื่นเอกสาร.....

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว)..... ชื่อกรรมการบริหารตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท/ ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์..... เจ้าของกิจการ / ผู้ดำเนินการ
ในนามของ (ชื่อนิติบุคคล / บุคคลธรรมดา)..... ชื่อบริษัท/ร้านค้า..... ผู้จดทะเบียนสถานประกอบการ / ผู้รับอนุญาต / ผู้แจ้งรายการละเอียด / ผู้จดทะเบียน
ขอแจ้งเลิกกิจการ ☒ ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ เลขที่..... เลขที่ใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์.....
☐ ใบอนุญาต จำนวน..... ฉบับ เลขที่.....
☐ ใบรับแจ้งรายการละเอียด จำนวน..... ฉบับ เลขที่.....
☐ ใบรับจดทะเบียน จำนวน..... ฉบับ เลขที่.....

ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... โดยมีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่ ☐ ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่และเก็บไว้ ณ สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์
ตั้งรายการละเอียดต่อไปนี้ วันที่ต้องยกเลิกใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์อย่างเป็นทางการจะเป็นวันเดียวกับวันที่ยื่นหรือวันที่ยกเลิกกิจการไม่เกิน 30 วัน นับจากวันที่ยื่น

ลำดับที่	ชื่อเครื่องมือแพทย์	เลขที่ ใบอนุญาต/ใบรับแจ้งรายการละเอียด/ ใบรับจดทะเบียนเครื่องมือแพทย์ (ถ้ามี)	เลขที่หรืออักษรแสดง ครั้งที่ผลิต หรือรหัส ประจำเครื่องมือแพทย์	จำนวน/ปริมาณ	ที่ตั้งสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์

(ลายมือชื่อ)..... เจ้าของกิจการ / ผู้ดำเนินการ
(.....)
ชื่อกรรมการบริษัท ตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท
/ ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์

4.9.4 เลือกว่า “มี/ไม่มีเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่”

โดย

☐ มีเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่

☐ ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่

แบบ ส.พ. ๑

ตัวอย่างการแสดงแบบ ส.พ.1 ที่จะแสดงผ่านระบบหลังจากกรอกข้อมูล

เลขรับที่.....
 วันที่.....
 ผู้รับค่าจ่อ.....
 (สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

หนังสือแจ้งเลิกกิจการ จำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ของ
 ใจตหะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเมิด หรือใบรับจดทะเบียน ☐ ผิด ☒ นำเข้า ☐ ขาย เครื่องมือแพทย์

วันที่..... วันที่ยื่นเอกสาร.....

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) ชื่อกรรมการบริษัทตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท / ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์ เจ้าของกิจการ / ผู้ดำเนินการ
 ในนามของ (ชื่อนิติบุคคล / บุคคลธรรมดา) ชื่อบริษัท / ร้านค้า ผู้จดทะเบียนสถานประกอบการ / ผู้รับอนุญาต / ผู้แจ้งรายการละเมิด / ผู้จดทะเบียน
 ขอแจ้งเลิกกิจการ ☒ ใจตหะเบียนสถานประกอบการ เลขที่ เลขที่ใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์
☐ ใบอนุญาต จำนวน ฉบับ เลขที่
☐ ใบรับแจ้งรายการละเมิด จำนวน ฉบับ เลขที่
☐ ใบรับจดทะเบียน จำนวน ฉบับ เลขที่

ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ. โดย ☐ ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่ ☐ มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่และเก็บไว้ ณ สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์

ดังรายละเอียดต่อไปนี้ วันที่ต้องกรอกเลิกใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์อาจจะเป็นวันเดียวกับวันที่ยื่นหรือวันที่ยกเลิกกิจการไม่เกิน 30 วัน นับจากวันที่ยื่น

ลำดับที่	ชื่อเครื่องมือแพทย์	เลขที่ ใบอนุญาต/ใบรับแจ้งรายการละเมิด/ ใบรับจดทะเบียนเครื่องมือแพทย์ (ถ้ามี)	เลขที่หรืออักษรแสดง ครั้งที่ผลิต หรือรหัส ประจำเครื่องมือแพทย์	จำนวน/ปริมาณ	ที่ตั้งสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์

(ลายมือชื่อ)..... เจ้าของกิจการ / ผู้ดำเนินการ
 (.....)
 ชื่อกรรมการบริษัท ตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท
 / ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์

4.9.5 ระบุ “หมายเหตุแจ้งการยกเลิกกิจการหรือไม่ต่ออายุ (ถ้ามี)” กรอกหรือไม่กรอกก็ได้

หมายเหตุแจ้งการยกเลิกกิจการหรือไม่ต่ออายุ (ถ้ามี)

ย้อนกลับ
บันทึก

4.9.6 คลิ๊ก “บันทึก”

หมายเหตุแจ้งการยกเลิกกิจการหรือไม่ต่ออายุ (ถ้ามี)

ย้อนกลับ **บันทึก**

4.9.7. กรณีเลือก “มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่” จะต้องแนบ “Excel template” โดย ขั้นตอนการทำ Excel template ดังต่อไปนี้

1.9.7.1 กด Download Temp และ เปิดไฟล์ Excel

กรุณาโหลด TEMPLATE

DOWNLOAD TEMPLATE

กรุณาแนบไฟล์

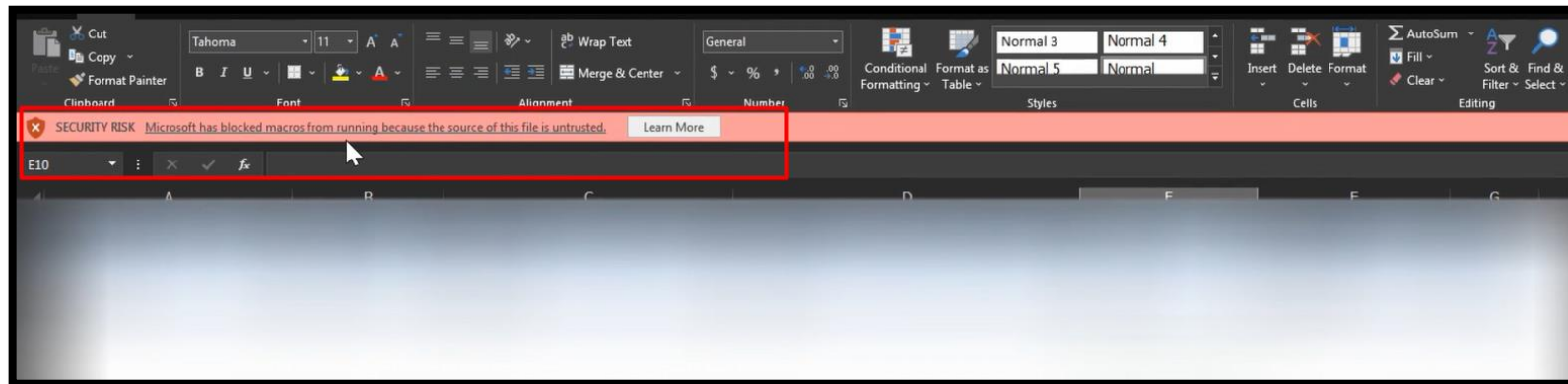
กรุณาแนบไฟล์ XML No file chosen

กลับ **บันทึก**

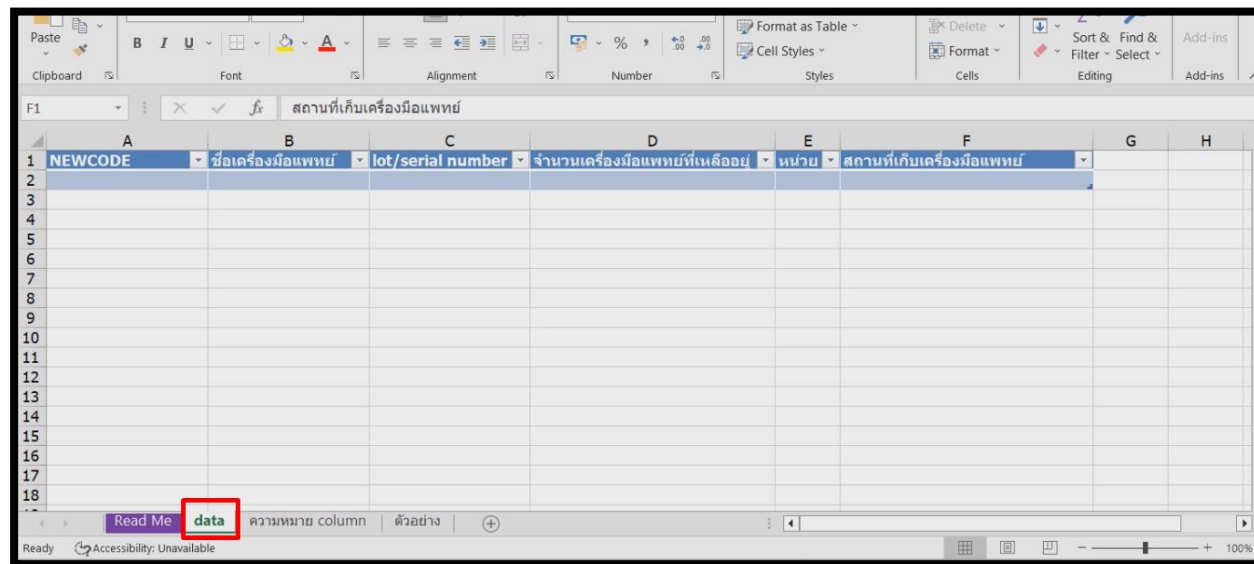
ในกรณีที่เปิดไฟล์แล้วพบปัญหา Security risk ในดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำที่ได้แจ้งไว้

เงื่อนไขการทำ Excel template :

<https://drive.google.com/file/d/1lh6NKjV1VOg1s8bIC5bz2lG9Euf1Ci1U/view?usp=sharing>



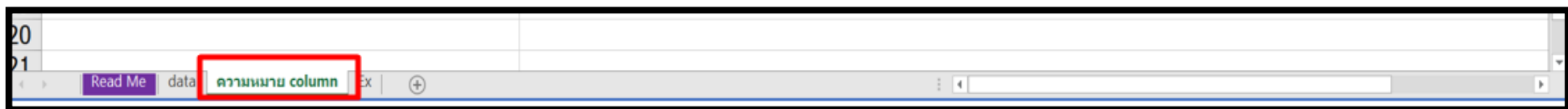
4.9.7.2 กต DATA



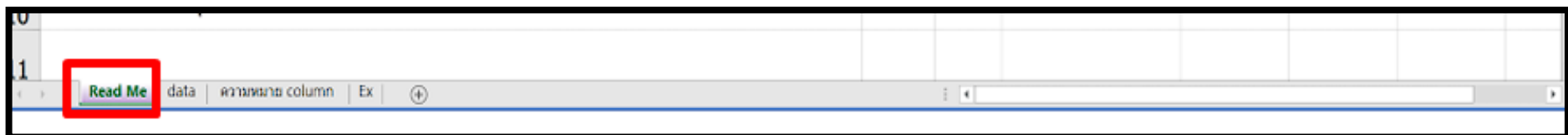
4.9.7.3 กรอกข้อมูลในช่องสีฟ้า

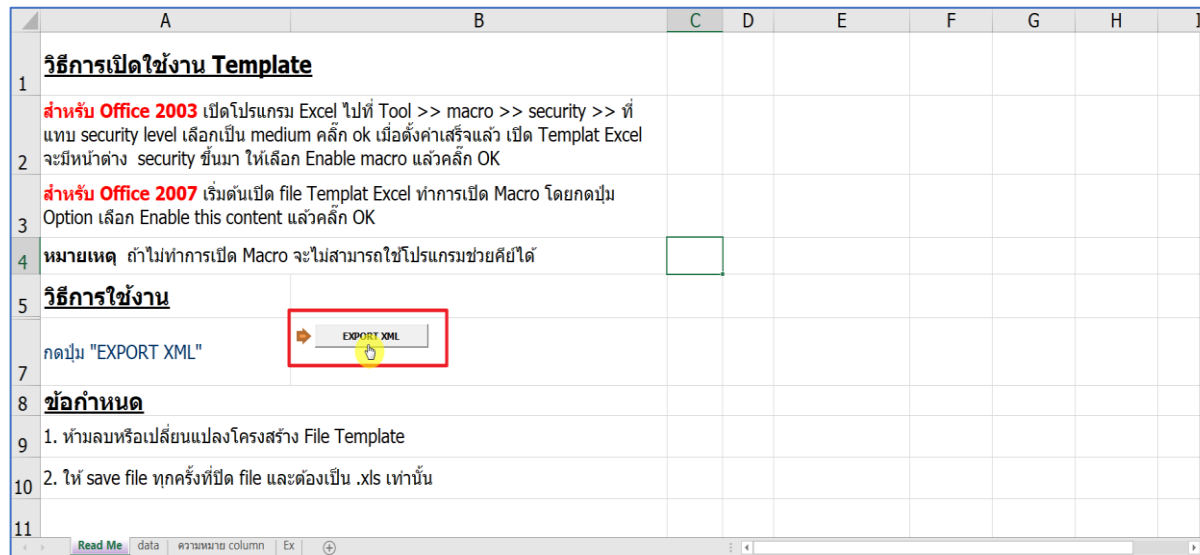
	A	B	C	D	E	F	G
1	NEWCODE	ชื่อเครื่องมือแพทย์	lot/serial number	จำนวนเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่	หน่วย	สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์	
2	U1MC0001026525991200018914C	test	test	test	PC	test	
3	U1MC0001026525991200019015C	test	test	test	PC	test	
4	U1MC0001026525991200019116C	test	test	test	PC	test	
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

การกรอกข้อมูลสามารถกดที่ ความหมาย Column เพื่อดูตัวอย่างการกรอกข้อมูล



4.9.7.4 เมื่อกรอกข้อมูลเรียบร้อยแล้วให้คลิกที่ Read me และคลิกที่ Export XML





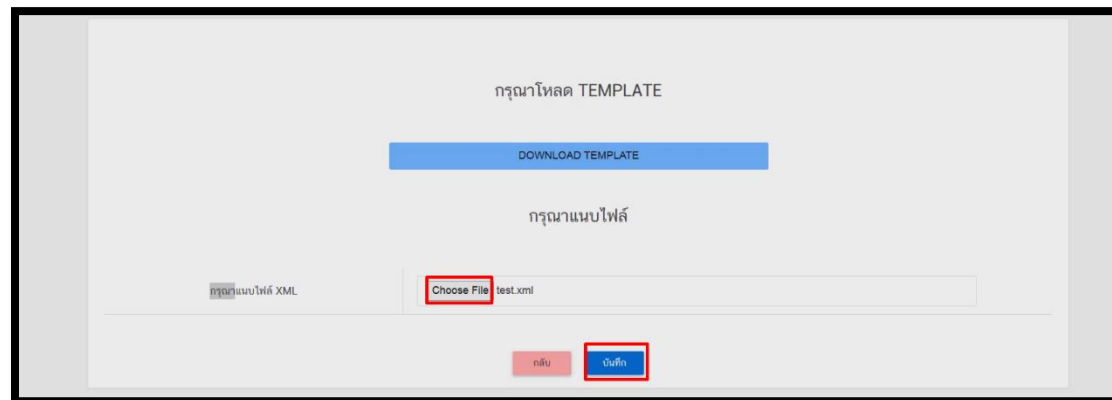
ในขั้นตอนการการทำไฟล์ XML หากพบข้อผิดพลาด หรือไม่สามารถแปลงไฟล์ได้ ให้ดูคำแนะนำเบื้องต้นที่
เงื่อนไขการทำ Excel template :

<https://drive.google.com/file/d/1lh6NKjV1VOg1s8bIC5bz2lG9Euf1Ci1U/view?usp=sharing>

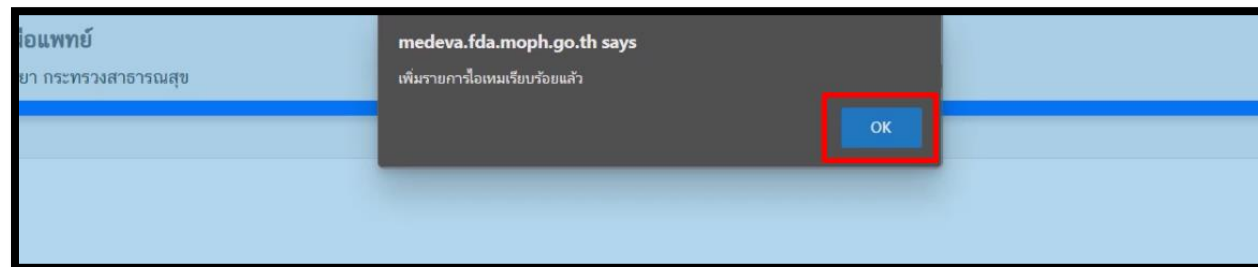
หรือแจ้งปัญหาไปที่ email esubmdcd@gmail.com หรือ Line : @371eojnr

4.9.7.5 เมื่อได้ไฟล์ XML เรียบร้อยแล้วให้กลับมาที่หน้าจอรระบบเพื่อทำการอัปโหลด กดที่ **Browse** หรือ **เลือกไฟล์**

กด **บันทึก**



4.9.7.6 หากบันทึกสำเร็จจะขึ้น Alert ดังภาพ



หากพบข้อผิดพลาด หรือไม่สามารถอัปโหลดไฟล์ได้ ให้ดูคำแนะนำเบื้องต้นที่

เงื่อนไขการทำ Excel template :

<https://drive.google.com/file/d/1lh6NKjV1VOg1s8bIC5bz2lG9Euf1Ci1U/view?usp=sharing>

หรือแจ้งปัญหาไปที่ email esubmdcd@gmail.com หรือ Line : @371eojnr

4.9.8 กดแนบไฟล์เอกสารที่เกี่ยวข้อง

กรุณแนบไฟล์ PDF

1.หนังสือแจ้งยกเลิกใบจดทะเบียนสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์/ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์*	เลือกไฟล์ ไม่ได้...พสใด
2.ใบจดทะเบียนสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์ /ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ หรือกรณีสูญหายให้แนบบใบแจ้งความทดแทน*	เลือกไฟล์ ไม่ได้...พสใด
3.หนังสือรับรองบริษัท (ออกไม่เกิน 6 เดือน) *	เลือกไฟล์ ไม่ได้...พสใด
4.หนังสือมอบอำนาจผู้ยื่นเอกสารการขอยกเลิก/ไม่ต่ออายุ ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาตใบรับแจ้งรายการละเมิด ใบรับจดแจ้ง เครื่องมือแพทย์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนผู้มอบอำนาจ และ ผู้รับมอบอำนาจ (หากเป็นบุคคลเดียวกันใช้เอกสารฉบับเดียว) *	เลือกไฟล์ ไม่ได้...พสใด

4.9.9 กด “ตกลง” เอกสารและข้อมูลจะถูกส่งไปยังเจ้าหน้าที่

medeva.fda.moph.go.th บอกว่า

อัปเดตรายการเรียบร้อยแล้วและข้อมูลของท่านจะถูกส่งไปยังเจ้าหน้าที่ต่อไป

ตกลง

4.9.10 เมื่อยื่นเอกสารเรียบร้อยแล้วจะปรากฏเลขอ้างอิงคำขอในหน้าระบบหลัก กด “ดูข้อมูล” จะปรากฏข้อมูลที่ยื่นเอกสารไว้ และรอเจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารต่อไป

เลขอ้างอิง	ประเภทคำขอ	ใบสำคัญ	กระบวนการงาน	วันที่ยื่นเรื่องเข้าระบบ	สถานะ	หมายเหตุ (พบก)	ดูรายละเอียด
1305611	ขอยกเลิก	สน. 3/63	ใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์	23/11/2023	ส่งเรื่องและรอพิจารณา		ดูข้อมูล

เมื่อกดดูข้อมูลจะปรากฏหน้าระบบแสดงข้อมูลและเอกสารตามตัวอย่างต่อไปนี้

แบบ ร.พ. ๑

เลขรับที่

วันที่

ผู้รับคำขอ

หนังสือแจ้งเลิกกิจการ จำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ของ
ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเอียด หรือใบรับจดแจ้ง

☐ ผลิต ☒ นำเข้า ☐ ขาย เครื่องมือแพทย์

โน้มนามของ : บริษัท ทดสอบ จำกัด ผู้จดทะเบียนสถานประกอบการ

เลขอ้างอิง : 1305611

ประเภท : ใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์

ขอแจ้งเลิกกิจการ ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ เลขที่ : สน. 3/63

วันที่ยกเลิก : 01/11/23

วันที่ยื่น : 23/11/23

เบอร์โทรศัพท์ผู้ยื่นคำขอ : 082-5907280

E-mail ผู้ยื่นคำขอ : register.mdcfda@gmail.com

มี/ไม่มี เครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ : ไม่มีเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่

ดูใบคำขอ

ไฟล์แนบ	ดูไฟล์แนบ
1. หนังสือแจ้งยกเลิกใบจดทะเบียนสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์/ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์*	ดูไฟล์แนบ
2. ใบจดทะเบียนสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์ /ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ หรือกรณีสูญหายให้แนบใบแจ้งความทดแทน*	ดูไฟล์แนบ
3. หนังสือรับรองบริษัท (ออกไม่เกิน 6 เดือน) *	ดูไฟล์แนบ
4. หนังสือมอบอำนาจผู้ยื่นเอกสารขอยกเลิก/ไม่ต่ออายุ ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาตใบรับแจ้งรายการละเอียด ใบรับจดแจ้ง เครื่องมือแพทย์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนผู้มอบอำนาจ และ ผู้รับมอบอำนาจ (หากเป็นบุคคลเดียวกันใช้เอกสารฉบับเดียว) *	ดูไฟล์แนบ

ลำดับ ที่	ชื่อเครื่องมือ แพทย์	NEWCODE	เลขที่ ใบอนุญาต/ใบรับแจ้งรายการละเอียด/ ใบรับจดแจ้งเครื่องมือแพทย์(ถ้ามี)	เลขที่หรืออักษรแสดง ครั้งที่ผลิต หรือ รหัสประจำเครื่องมือแพทย์	จำนวน/ ปริมาณ	หน่วย	ที่ตั้งสถานที่เก็บ เครื่องมือแพทย์
	-	-	-	-	-	-	-
ลายมือชื่อ นางสาวศรี ใจดี , นายสมคิด ใจ เจ้าของกิจการ							

ไฟล์แนบจากเจ้าหน้าที่ดูไฟล์แนบ

หมายเหตุจากเจ้าหน้าที่

เมื่อกดดูใบคำขอจะปรากฏหน้าระบบแบบ ลพ.ที่กรอกข้อมูลตามตัวอย่างต่อไปนี้

ขอแจ้งไม่ต่ออายุ ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ เลขที่ :
สน. 4/63

ไม่ต่ออายุตั้งแต่วันที่ :
13/12/70

วันที่ยื่น :
22/11/23

เบอร์โทรศัพท์ผู้ยื่นคำขอ :
082-5907280

E-mail ผู้ยื่นคำขอ :
register.mdcfda@gmail.com

มี/ไม่มี เครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่:
ไม่มีเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่

[ดูใบคำขอ](#)

แบบ ลพ. 2

เลขรับที่ _____
 วันที่ _____
 ผู้รับคำขอ _____
 (สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่
 เมื่อไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเมิดหรือใบรับจดทะเบียน
☐ ผลผลิต ☒ นำเข้า ☐ ขาย เครื่องมือแพทย์

วันที่ 22 พฤศจิกายน 2566

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) _____ นางสาวศรี ใจดี _____ เจ้าของกิจการ/ผู้ดำเนินการ
 ในนามของ (ชื่อนิติบุคคล/บุคคลธรรมดา) _____ บริษัท ทดสอบ จำกัด _____ ผู้จดทะเบียนสถานประกอบการ/ผู้รับอนุญาต/ผู้รับแจ้งรายการ
 ละเมิด/ผู้รับจดทะเบียนซึ่งไม่ต่ออายุ/ผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุ ในกรณีต่อไปนี้
☒ ใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ เลขที่ สน. 4/63
 ตั้งแต่วันที่ 1 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568
 ขอแจ้งจำนวนเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่และสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์นั้น ดังนี้
☒ ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่ ☐ มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่และเก็บ ไว้ ณ สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ลำดับที่	ชื่อเครื่องมือแพทย์	NEWCODE	เลขที่ ใบอนุญาต /ใบรับแจ้งรายการละเมิด /ใบรับจดทะเบียนเครื่องมือแพทย์	เลขที่หรืออักษรแสดงครั้งที่ผลิต หรือรหัสประจำเครื่องมือแพทย์	จำนวน/ปริมาณ	หน่วย	ที่ตั้งสถานที่เก็บเครื่องมือ แพทย์
1	-	-	-	-	-	-	-

(ลายมือชื่อ) _____ นางสาวศรี ใจดี _____ เจ้าของกิจการ/ผู้ดำเนินการ
 นางสาวศรี ใจดี _____

4.9.11 หากเจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนคำขอเรียบร้อยแล้วสถานะจะเปลี่ยนเป็น “ เสนอรับทราบ ”

เลข อ้างอิง	ประเภท คำขอ	ใบ สำคัญ	กระบวนการงาน	วันที่ยื่นเรื่องเข้า ระบบ	สถานะ	หมายเหตุ (ฟปก)	ดูรายละเอียด
1305477	ไม่ต่ออายุ	สน. 4/63	ใบจดทะเบียนสถาน ประกอบการนำเข้าเครื่อง มือแพทย์	22/11/2023	เสนอรับทราบ		ดูข้อมูล

4.9.12 เมื่อเจ้าหน้าที่ “รับทราบการแจ้งเลิกกิจการ” เรียบร้อยแล้ว สถานะจะถูกปรับเป็น “รับทราบ” สามารถกดปุ่ม “ ดูข้อมูล” เพื่อเข้าไปดูเอกสาร “รับทราบการแจ้งเลิกกิจการ”

เลข อ้างอิง	ประเภท คำขอ	ใบ สำคัญ	กระบวนการงาน	วันที่ยื่นเรื่องเข้า ระบบ	สถานะ	หมายเหตุ (ฟปก)	ดูรายละเอียด
1305477	ไม่ต่ออายุ	สน. 4/63	ใบจดทะเบียนสถาน ประกอบการนำเข้าเครื่อง มือแพทย์	22/11/2023	รับทราบ		ดูข้อมูล

4.9.13 หากเจ้าหน้าที่ต้องการให้แก้ไขเอกสาร สถานะจะถูกปรับเป็น “คืนคำขอ” คลิก “ดูข้อมูล” เพื่อดูคำชี้แจงที่เจ้าหน้าที่ให้แก้ไขเอกสาร

เลข อ้างอิง	ประเภท คำขอ	ใบ สำคัญ	กระบวนการงาน	วันที่ยื่นเรื่องเข้า ระบบ	สถานะ	หมายเหตุ (ฟปก)	รายละเอียด
1305477	ขอยกเลิก	สน. 4/63	ใบจดทะเบียนสถาน ประกอบการนำเข้าเครื่อง มือแพทย์	22/11/2023	คืนคำขอ		ดูข้อมูล

เจ้าหน้าที่จะชี้แจงเหตุแห่งการคืนคำขอ โดยได้จาก 1.ไฟล์แนบจากเจ้าหน้าที่ กดคลิก “ดูไฟล์แนบ” หรือแสดงที่ “หมายเหตุจากเจ้าหน้าที่” ให้ทำการแก้ไขเอกสารตามที่เจ้าหน้าที่แจ้งและยื่นเรื่องเข้ามาใหม่อีกครั้ง

ไฟล์แนบจากเจ้าหน้าที่	ดูไฟล์แนบ
เอกสารแนบจากเจ้าหน้าที่	ดูไฟล์แนบ

หมายเหตุจากเจ้าหน้าที่

ทดสอบ

4.9.14 คลิก “ดูหนังสือรับทราบการแจ้งยกเลิก/ไม่ต่ออายุ” จะแสดงหน้าหนังสือรับทราบแจ้งเลิกกิจการ

ดูใบคำขอ	ดูหนังสือรับทราบการแจ้งยกเลิก/ไม่ต่ออายุ
----------	--

ตัวอย่างหนังสือรับทราบแจ้งเลิกกิจการ

หนังสือรับทราบแจ้งเลิกกิจการ	
เลขอ้างอิง :	
15 มีนาคม 2566	
หนังสือฉบับนี้ให้ไว้ เพื่อแสดงว่า	
บริษัท	จำกัด ได้แจ้งเลิกกิจการใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้า เครื่องมือแพทย์
เลขที่ กท. สน. /2563	ตั้งแต่วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566 ตามแบบ ล.พ. 1 เลขที่รับที่ CC 6600045
ลงวันที่ 15 มีนาคม 2566	
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา รับทราบการแจ้งเลิกกิจการใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้า	
เครื่องมือแพทย์ ดังกล่าวข้างต้นแล้ว	
	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
	กระทรวงสาธารณสุข ผู้อนุญาต
Qr code แสดงว่าออกโดย อย. เมื่อสแกนจะปรากฏลิ้งค์ของ อย.	

4.10 การกรอกข้อมูลแบบ ลพ.๒

กรณีแจ้งไม่ต่ออายุ

4.10 กดรอกข้อมูลแบบ ลพ. ผ่านระบบ

4.10.1 กรณีแจ้งเลิกกิจการ ยื่นแบบ ล.พ.๒

ตัวอย่างหน้าระบบ

ข้าพเจ้า

☐ เจ้าของกิจการ : กรรมการตามเงื่อนไขบริษัท

☐ ผู้ดำเนินการ

ชื่อผู้ยื่นคำขอ

เบอร์มือถือผู้ยื่นคำขอ

E-mail ผู้ยื่นคำขอ

ประเภท

☐ แจ้งเลิกกิจการ (กรณียกเลิกก่อนใบสำคัญสิ้นอายุ)

☐ ไม่ต่ออายุ (กรณีใบสำคัญสิ้นอายุแล้ว)

โดย

☐ มีเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่

☐ ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่

หมายเหตุแจ้งการยกเลิกกิจการหรือไม่ต่ออายุ (ถ้ามี)

ย้อนกลับ

บันทึก

แบบ ล.พ. ๒

เลขที่รับที่.....

วันที่.....

ผู้รับคำขอ.....

(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

กรณีไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์

แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่

เมื่อไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเอียดหรือใบรับจดทะเบียน

☐ ผลัด ☒ นำเข้า ☐ ขาย เครื่องมือแพทย์

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) ชื่อกรรมการบริษัทตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท / ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์ วันที่ วันที่ยื่นเอกสาร

ในนามของ (ชื่อนิติบุคคล / บุคคลธรรมดา) ชื่อบริษัท./ร้านค้า..... ผู้จดทะเบียนสถานประกอบการ / ผู้รับอนุญาต / ผู้แจ้งรายการละเอียด / ผู้จดทะเบียน

ซึ่งไม่ต่ออายุ / ผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุ ในกรณีต่อไปนี้

☒ ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ เลขที่ ตั้งแต่วันที่ 1 เดือน พ.ศ. ปีที่สิ้นสุดภาพ

☐ ใบอนุญาต จำนวน ฉบับ เลขที่ ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.

☐ ใบรับแจ้งรายการละเอียด จำนวน ฉบับ เลขที่ ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.

☐ ใบรับจดทะเบียน จำนวน ฉบับ เลขที่ ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.

ขอแจ้งจำนวนเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่และสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ดังนี้

☐ ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่ ☐ มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่และเก็บไว้ ณ สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ ดังต่อไปนี้

ลำดับที่	ชื่อเครื่องมือแพทย์	เลขที่ ใบอนุญาต/ ใบรับแจ้งรายการละเอียด / ใบรับจดทะเบียนเครื่องมือแพทย์ (ถ้ามี)	เลขที่หรืออักษรแสดง ครั้งที่ผลิต หรือรหัส ประจำเครื่องมือแพทย์	จำนวน/ปริมาณ	ที่ตั้งสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ดำเนินการ / เจ้าของกิจการ

ชื่อกรรมการบริษัท ตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท+ตราประทับ (ถ้ามี) / ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์

*** ปีที่สิ้นสุดภาพ -> ตัวอย่างเช่น หมดอายุวันที่ 31 ธันวาคม 2563 ให้ใส่ "ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 " เป็นต้น ***

1. การเลือกผู้มอบอำนาจในการยื่นแจ้งเลิกกิจการ กรณีผู้มอบอำนาจเป็นเจ้าของกิจการ(กรรมการตามเงื่อนไขบริษัท) ให้เลือกคลิก “เจ้าของ (กรรมการตามเงื่อนไขบริษัท)” และกรอกชื่อกรรมการ ตามเงื่อนไขบริษัท (หากมีมากกว่า 1 คน ให้กรอกชื่อให้ครบ)



 สำนักงานทะเบียนส่วนบริษัทกรุงเทพมหานคร
 กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์

หนังสือรับรอง

ขอรับรองว่าบริษัท ได้จดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์
 เมื่อวันที่ **11 เมษายน 2563** เพื่อบริหารนิติบุคคลเลขที่ **011555000000**
 บัญชีแสดงความเป็นราชการตามเอกสารทะเบียนนิติบุคคล ณ วันออกหนังสือนี้ ดังนี้

- ชื่อบริษัท **บริษัท เอ จำกัด** (จำกัด)
- กรรมการของบริษัทมี 3 คน ตามรายชื่อต่อไปนี้
 - นางสมศรี ใจดี
 - นายสมคิด ใจดี
 - นายสมชาย ใจดี
- จำนวนหรือชื่อกรรมการซึ่งลงชื่อลงบันทึกไว้คือ **กรรมการสองคนลงรายชื่อ**
และประทับตราสำคัญของบริษัท
- ทุนจดทะเบียน **5,000,000.00 บาท / ค่าหุ้นสามัญ**
- สำนักงานใหญ่ ตั้งอยู่ที่ **9999 ถนน สีวันทน์ ตำบล คลาขันธ์ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี**
- โดยที่ประสิทธิผลของประกาศนี้ 25 ข้อ ซึ่งปรากฏในสารบัญชารายชื่อของบริษัทรายงานจดทะเบียนของบริษัทนี้โดยมีลายมือชื่อของทะเบียนซึ่งรับรองและประทับตราในทะเบียนส่วนบริษัทนี้เข้าด้วย

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

@

สำหรับนางสาว.....

บริษัท เอ จำกัด

(นายสมคิด ใจดี)

สำหรับนาย.....

(นางสมศรี ใจดี)

กรรมการ 2 คนลงรายชื่อ

และ ประทับตราบริษัท

ตามเงื่อนไขข้อ 3 ตามตัวอย่างข้างต้น

หมายเหตุ : ผู้ใดตรวจตราสอบเอกสารเหล่านี้แล้วเห็นว่าเป็นจริงครบถ้วน
 กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์
 Division Services
 กรุงเทพฯ 1570 www.dbd.go.th
 Tel. 02 108 7600

DBD
 กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์
 Department of Business Development
 Ministry of Commerce
 Tel. 02 108 7600

15:23 น.

*** ปีที่สิ้นสภาพ → ตัวอย่างเช่น หมดอายุวันที่ 31 ธันวาคม 2563 ให้ใส่ "ตั้งแต่วันที่ เป็น วันที่ 1 มกราคม 2564 " เป็นต้น ***

4.10.1

2. การเลือกผู้มอบอำนาจในการยื่นแจ้งเลิกกิจการ กรณีผู้มอบอำนาจเป็น ผู้ดำเนินกิจการตามหน้าใบจดทะเบียนสถานประกอบการ/
ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ (เฉพาะกรณีผู้ดำเนินการได้รับมอบอำนาจจากกรรมการตามเงื่อนไขบริษัทให้เป็นผู้ยื่นเรื่องแทนตามเอกสารมอบ
อำนาจผู้ยื่นคำขอ

☐ เจ้าของกิจการ : กรรมการตามเงื่อนไขบริษัท

☒ ผู้ดำเนินการ

กรรมการออกชื่อ ผู้ดำเนินการ

นางสมศรี ใจดี

หนังสือมอบอำนาจผู้ยื่นเอกสารขอยกเลิก/ไม่ต่ออายุ ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต
ใบรับแจ้งรายการละเมิด ใบรับจดทะเบียน เครื่องมือแพทย์

ที่ ชื่อบริษัท / ร้านค้า
วันที่ วันที่ยื่นเอกสาร

โดยมี..... ชื่อบริษัท / ร้านค้า (ผู้มอบอำนาจ)

สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่เลขที่..... ตรอก/ซอย..... กรอที่..... อำเภอ..... จังหวัด.....
ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ..... จังหวัด.....

โดยมี..... ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขหนังสือรับรองบริษัท..... เลขที่.....
เป็นผู้มีอำนาจจัดการแทนนิติบุคคลปรากฏตามหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคลกระทรวงพาณิชย์ เลขที่.....
เลขนิติบุคคล 13 หลัก หรือเลขประจำตัวประชาชนในทะเบียนพาณิชย์..... จดทะเบียนวันที่..... ที่ตั้งทะเบียนบริษัท/พาณิชย์..... ขอมอบอำนาจ
และแต่งตั้งให้..... ชื่อ สกุล ผู้กระทำการ..... อายุ..... ปี

ผู้รับมอบอำนาจ..... ชื่อ.....
ตำแหน่ง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

ปัดประจักษ์..... ระบุ "ประชาชน"..... เลขที่..... เลขประจำตัวประชาชน.....
ออกให้ ณ..... เมื่อวันที่..... พ.ศ.....
เป็นผู้อนุญาตการดำเนินการแทนข้าพเจ้าในกิจการดังนี้

ข้อ 1 ให้เป็นผู้ยื่น แบบ ล.พ. ๓ / แบบ ล.พ. ๒ ตลอดจนการแก้ไขเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ต่อสำนักงาน
คณะกรรมการอาหารและยา

ข้อ 2 ให้มีอำนาจในการให้คำรับรองคำต่อเจ้าหน้าที่ แก่โฆษณารับรองเอกสาร รับรองเอกสาร
รับรองการคืน ตลอดจนดำเนินการอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับการขอยกเลิกใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเมิด
หรือใบรับจดทะเบียนเครื่องมือแพทย์ ดังกล่าวจนเสร็จการ..... ระบุ "ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ/ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์"

ข้อ 3 ขอแจ้งเลิกกิจการ/ไม่ต่ออายุของใบ..... เลขที่..... เลขที่ใบที่ต้องการแจ้ง
ข้อ 4 การมอบอำนาจดังกล่าวนี้ให้ใช้ได้ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
ถึงวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... (ไม่เกิน 90 วัน นับตั้งแต่วันที่มอบอำนาจ)

กิจการใดที่..... (ระบุข้อผู้มอบอำนาจ)..... ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามขอบเขตแห่งหนังสือ
มอบอำนาจฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบโดยเสมือนว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำด้วยตัวเองทั้งสิ้น เพื่อเป็น
หลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อเป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

อากร
แสตมป์
10 บาท

ประทับตรา
บริษัท

ลงชื่อ..... ผู้มอบอำนาจ
กรรมการตามเงื่อนไขหนังสือรับรองบริษัท
ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอำนาจ
(ชื่อ สกุล ผู้กระทำการ)
ลงชื่อ..... พยาน
()
ลงชื่อ..... พยาน
()
ลงชื่อ..... พยาน
()

พยานระบุไว้ครบ 2 คน

แบบ ล.พ. ๒

กรณีนี้อายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์

แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่

เมื่อไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเมิดหรือใบรับจดทะเบียน

☐ ผลិត ☒ นำเข้า ☐ ขาย เครื่องมือแพทย์

วันที่..... วันที่ยื่นเอกสาร

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว)..... ชื่อกรรมการบริษัทตามเงื่อนไขหนังสือรับรองบริษัท / ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์..... เจ้าของกิจการ / ผู้ดำเนินการ

ในนามของ (ชื่อนิติบุคคล / บุคคลธรรมดา)..... ชื่อบริษัท / ร้านค้า..... ผู้จดทะเบียนสถานประกอบการ / ผู้รับอนุญาต / ผู้แจ้งรายการละเมิด / ผู้จดทะเบียน

ซึ่งไม่ต่ออายุ / ผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุ ในกรณีต่อไปนี้

☒ ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ เลขที่..... เลขที่ใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ ที่ไม่ต่ออายุตั้งแต่วันที่ 1 เดือน มกราคม พ.ศ. ปีที่สิ้นสภาพ

☐ ใบอนุญาต จำนวน..... ฉบับ เลขที่..... ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

☐ ใบรับแจ้งรายการละเมิด จำนวน..... ฉบับ เลขที่..... ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

☐ ใบรับจดทะเบียน จำนวน..... ฉบับ เลขที่..... ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ขอแจ้งจำนวนเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่และสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ดังนี้

☐ ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่ ☐ มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่และเก็บไว้ ณ สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ ดังต่อไปนี้

ลำดับที่	ชื่อเครื่องมือแพทย์	เลขที่ ใบอนุญาต/ ใบรับแจ้งรายการละเมิด / ใบรับจดทะเบียนเครื่องมือแพทย์ (ถ้ามี)	เลขที่หรือยี่ห้อแสดง ครั้งที่ผลิต หรือรหัส ประจำเครื่องมือแพทย์	จำนวน/ปริมาณ	ที่ตั้งสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ดำเนินการ / เจ้าของกิจการ

ชื่อกรรมการบริษัท ตามเงื่อนไขหนังสือรับรองบริษัท+ตราประทับ (ถ้ามี) / ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์

*** ปีที่สิ้นสภาพ -> ตัวอย่างเช่น หมดอายุวันที่ 31 ธันวาคม 2563 ให้ใส่ "ตั้งแต่วันที่ เป็น วันที่ 1 มกราคม 2564 " เป็นต้น ***

4.10.2. กรอกข้อมูลผู้ยื่นคำขอ โดยการกรอกเบอร์มือถือผู้ยื่นคำขอ และ E-mail สำหรับให้เจ้าหน้าที่ติดต่อกลับ

ชื่อผู้ยื่นคำขอ	เบอร์มือถือผู้ยื่นคำขอ	E-mail ผู้ยื่นคำขอ
--	---	---

1.10.3 เลือกประเภทการยื่นเอกสาร คลิ๊ก “แจ้งไม่ต่ออายุ (กรณีใบสำคัญสิ้นอายุแล้ว) ตามที่กฎหมายกำหนด

ประเภท

☐ แจ้งเลิกกิจการ (กรณียกเลิกก่อนใบสำคัญสิ้นอายุ)

☒ ไม่ต่ออายุ (กรณีใบสำคัญสิ้นอายุแล้ว)

ไม่ต่ออายุตั้งแต่วันที่ วันสิ้นอายุใบ + 1 วัน

13/12/2570

แบบ จ.พ. ๒

กรณีไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์

เลขรับที่.....
วันที่.....
ผู้รับคำขอ.....
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่

เมื่อไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเมิดหรือใบรับจดทะเบียน

☐ ผลิต ☒ นำเข้า ☐ ขยาย เครื่องมือแพทย์

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) ชื่อกรรมการบริษัทตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท / ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์ วันที่ วันที่ยื่นเอกสาร

ใบอนุญาต (ชื่อนิติบุคคล / บุคคลธรรมดา) ชื่อบริษัท / วันตัว เจ้าของบริษัท / ผู้ดำเนินการกิจการ

ซึ่งไม่ต่ออายุ / ผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุ ในกรณีต่อไปนี้ ผู้จดทะเบียนสถานประกอบการ / ผู้รับอนุญาต / ผู้แจ้งรายการละเมิด / ผู้จดทะเบียน

☒ ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ เลขที่ เลขที่ใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ ที่ไม่ต่ออายุ ตั้งแต่วันที่ 1 เดือน มกราคม พ.ศ. ปีที่สิ้นสภาพ

☐ ใบอนุญาต จำนวน ฉบับ เลขที่ ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.

☐ ใบรับแจ้งรายการละเมิด จำนวน ฉบับ เลขที่ ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.

☐ ใบรับจดทะเบียน จำนวน ฉบับ เลขที่ ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.

ขอแจ้งจำนวนเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่และสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ดังนี้

☐ ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่ ☐ มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่และเก็บไว้ ณ สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ ดังต่อไปนี้

ลำดับที่	ชื่อเครื่องมือแพทย์	เลขที่ ใบอนุญาต/ ใบรับแจ้งรายการละเมิด / ใบรับจดทะเบียนเครื่องมือแพทย์ (ถ้ามี)	เลขที่หรืออักษรแสดง ครั้งที่ผลิต หรือรหัส ประจำเครื่องมือแพทย์	จำนวน/ปริมาณ	ที่ตั้งสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ดำเนินการกิจการ / เจ้าของบริษัท

ชื่อกรรมการบริษัท ตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท+ตราประทับ (ถ้ามี) / ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์

*** ปีที่สิ้นสภาพ → ตัวอย่างเช่น หมดอายุวันที่ 31 ธันวาคม 2563 ให้ใส่ “ตั้งแต่วันที่ เป็น วันที่ 1 มกราคม 2564 ” เป็นต้น ***

4.10.4 เลือกว่า “มี/ไม่มีเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่”

โดย

☐ มีเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่

☐ ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่

แบบ ส.พ. ๒

กรณีไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์

เลขรับที่.....
วันที่.....
ผู้รับคำขอ.....
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่

เมื่อไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเอียดหรือใบรับจดแจ้ง

☐ ผลិត ☒ นำเข้า ☐ ขาย เครื่องมือแพทย์

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) ชื่อกรรมการบริหารตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท / ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์ วันที่..... วันที่ยื่นเอกสาร.....

ในนามของ (ชื่อนิติบุคคล / บุคคลธรรมดา) ชื่อบริษัท / ร้านค้า..... ผู้จดทะเบียนสถานประกอบการ / ผู้รับอนุญาต / ผู้แจ้งรายการละเอียด / ผู้จดแจ้ง.....

ซึ่งไม่ต่ออายุ / ผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุ ในกรณีต่อไปนี้

☒ ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ เลขที่..... ที่ใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ ที่ไม่ต่ออายุตั้งแต่วันที่ 1 เดือน..... มกราคม..... พ.ศ. ปีที่สิ้นสุดสภาพ.....

☐ ใบอนุญาต จำนวน..... ฉบับ เลขที่..... ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

☐ ใบรับแจ้งรายการละเอียด จำนวน..... ฉบับ เลขที่..... ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

☐ ใบรับจดแจ้ง จำนวน..... ฉบับ เลขที่..... ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ขอแจ้งจำนวนเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่และสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์นั้น ดังนี้

☐ ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่ ☐ มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่และเก็บไว้ ณ สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ ดังต่อไปนี้

ลำดับที่	ชื่อเครื่องมือแพทย์	เลขที่ ใบอนุญาต/ ใบรับแจ้งรายการละเอียด / ใบรับจดแจ้งเครื่องมือแพทย์ (ถ้ามี)	เลขที่หรือยี่ห้อ/การแสดง ครั้งที่ผลิต หรือรหัส ประจำเครื่องมือแพทย์	จำนวน/ปริมาณ	ที่ตั้งสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ดำเนินการ / เจ้าของกิจการ

ชื่อกรรมการบริษัท ตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท+ตราประทับ (ถ้ามี) / ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์

*** ปีที่สิ้นสุดสภาพ → ตัวอย่างเช่น หมดอายุวันที่ 31 ธันวาคม 2563 ให้ใส่ “ตั้งแต่วันที่ เป็น วันที่ 1 มกราคม 2564 ” เป็นต้น ***

4.10.5 ระบุ “หมายเหตุแจ้งการยกเลิกกิจการหรือไม่ต่ออายุ (ถ้ามี)” กรอกหรือไม่กรอกก็ได้

หมายเหตุแจ้งการยกเลิกกิจการหรือไม่ต่ออายุ (ถ้ามี)

4.10.6 คลิก “บันทึก”

หมายเหตุแจ้งการยกเลิกกิจการหรือไม่ต่ออายุ (ถ้ามี)

ย้อนกลับ **บันทึก**

4.10.7. กรณีเลือก “มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่” จะต้องแนบ “Excel template” โดย ขั้นตอนการทำ Excel template ดังต่อไปนี้

1.9.7.1 กด Download Temp และ เปิดไฟล์ Excel

กรุณาโหลด TEMPLATE

DOWNLOAD TEMPLATE

กรุณาแนบไฟล์

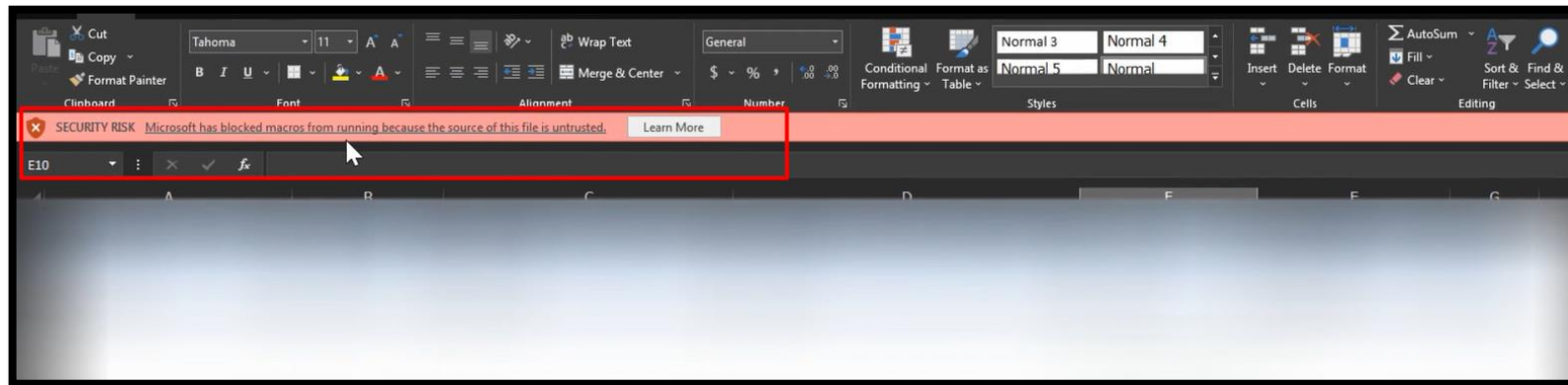
กรุณาแนบไฟล์ XML No file chosen

กลับ **บันทึก**

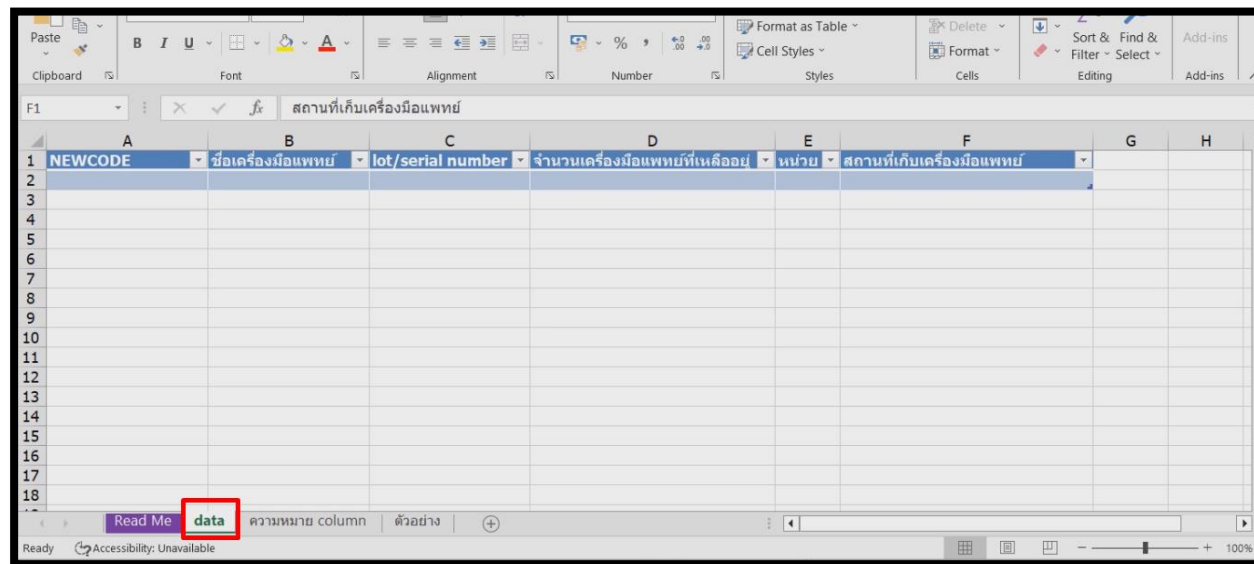
ในกรณีที่เปิดไฟล์แล้วพบปัญหา Security risk ในดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำที่ได้แจ้งไว้

เงื่อนไขการทำ Excel template :

<https://drive.google.com/file/d/1lh6NKjV1VOg1s8bIC5bz2lG9Euf1Ci1U/view?usp=sharing>



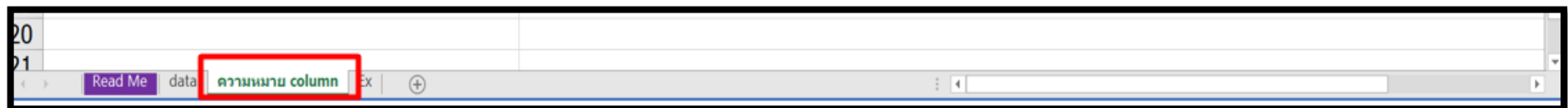
4.10.7.2 กต DATA



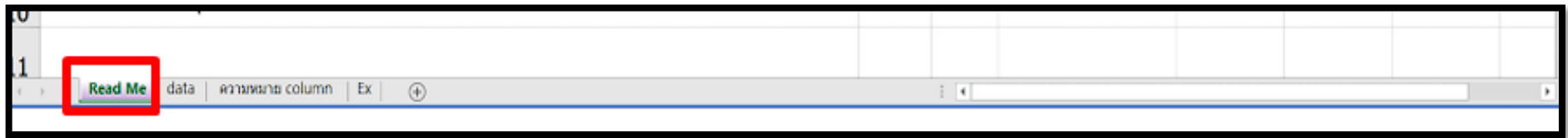
4.10.7.3 กรอกข้อมูลในช่องสีฟ้า

	A	B	C	D	E	F	G
1	NEWCODE	ชื่อเครื่องมือแพทย์	lot/serial number	จำนวนเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่	หน่วย	สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์	
2	U1MC0001026525991200018914C	test	test	test	PC	test	
3	U1MC0001026525991200019015C	test	test	test	PC	test	
4	U1MC0001026525991200019116C	test	test	test	PC	test	
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

การกรอกข้อมูลสามารถกดที่ ความหมาย Column เพื่อดูตัวอย่างการกรอกข้อมูล



4.10.7.4 เมื่อกรอกข้อมูลเรียบร้อยแล้วให้คลิกที่ Read me และคลิกที่ Export XML



ในขั้นตอนการการทำไฟล์ XML หากพบข้อผิดพลาด หรือไม่สามารถแปลงไฟล์ได้ ให้ดูคำแนะนำเบื้องต้นที่

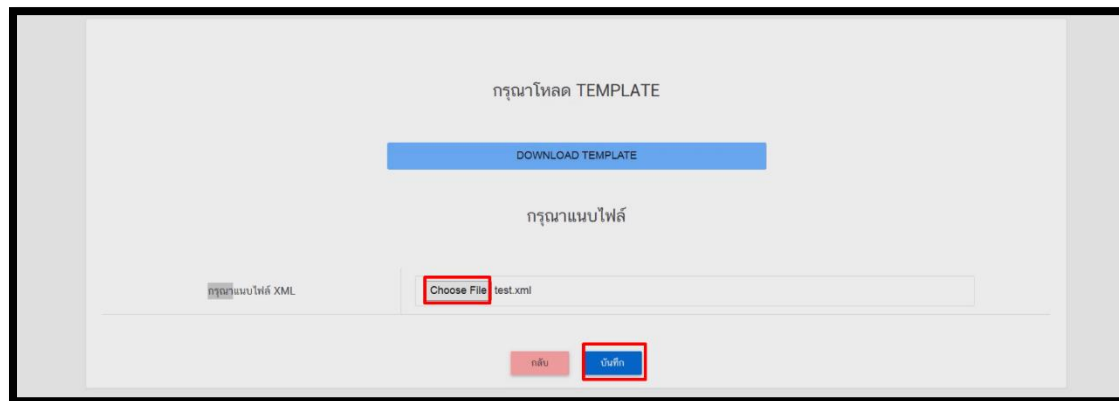
เงื่อนไขการทำ Excel template :

<https://drive.google.com/file/d/1lh6NKjV1VOg1s8bIC5bz2lG9Euf1Ci1U/view?usp=sharing>

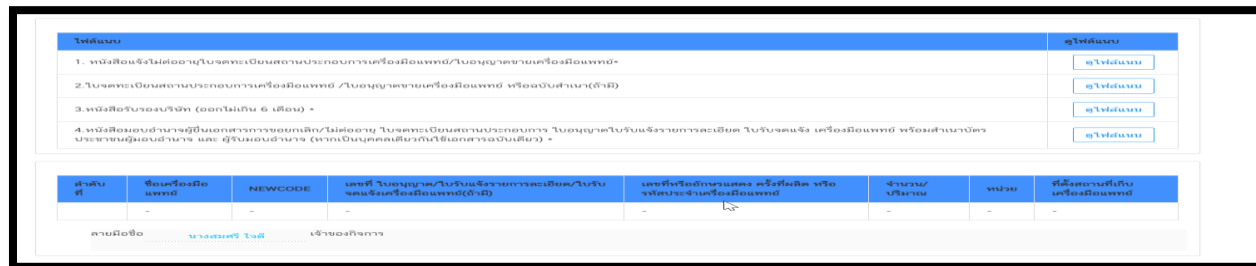
หรือแจ้งปัญหาไปที่ email esubmdcd@gmail.com หรือ Line : @371eojnr

4.10.7.5 เมื่อได้ไฟล์ XML เรียบร้อยแล้วให้กลับมาที่หน้าจอระบบเพื่อทำการอัปโหลด กดที่ **Browse** หรือ **เลือกไฟล์**

กด **บันทึก**



4.10.7.6 หากบันทึกสำเร็จจะขึ้น Alert ดังภาพ



หากพบข้อผิดพลาด หรือไม่สามารถอัปโหลดไฟล์ได้ ให้ดูคำแนะนำเบื้องต้นที่

เงื่อนไขการทำ Excel template :

<https://drive.google.com/file/d/1lh6NKjV1VOg1s8bIC5bz2lG9Euf1Ci1U/view?usp=sharing>

หรือแจ้งปัญหาไปที่ email esubmdcd@gmail.com หรือ Line : @371eojnr

4.10.8 กดแนบไฟล์เอกสารที่เกี่ยวข้อง

กรุณาแนบไฟล์ PDF

1. หนังสือแจ้งไม่ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์/ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์*	เลือกไฟล์ ...
2. ใบจดทะเบียนสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์ / ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ หรือฉบับสำเนา(ถ้ามี)	เลือกไฟล์ ...
3. หนังสือรับรองบริษัท (ออกไม่เกิน 6 เดือน) *	เลือกไฟล์ ...
4. หนังสือมอบอำนาจผู้ยื่นเอกสารการขอยกเลิก/ไม่ต่ออายุ ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาตใบรับแจ้งรายการละเอียด ใบรับจดแจ้ง เครื่องมือแพทย์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนผู้มอบอำนาจ และ ผู้รับมอบอำนาจ (หากเป็นบุคคลเดียวกันใช้เอกสารฉบับเดียว) *	เลือกไฟล์ ...

ย้อนกลับ

บันทึก

4.10.9 กด “ตกลง” เอกสารและข้อมูลจะถูกส่งไปยังเจ้าหน้าที่

medeva.fda.moph.go.th บอกว่า

อัปโหลดรายการเรียบร้อยแล้วและข้อมูลของท่านจะถูกส่งไปยังเจ้าหน้าที่ต่อไป

ตกลง

4.10.10 เมื่อยื่นเอกสารเรียบร้อยแล้วจะปรากฏเลขอ้างอิงคำขอในหน้าระบบหลัก กด “ดูข้อมูล” จะปรากฏข้อมูลที่ยื่นเอกสารไว้ และรอเจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารต่อไป

เลข อ้างอิง	ประเภท คำขอ	ใบ สำคัญ	กระบวนการงาน	วันที่ยื่นเรื่องเข้า ระบบ	สถานะ	หมายเหตุ (พบก)	ดูรายละเอียด
1305477	ไม่ต่ออายุ	สน. 4/63	ใบจดทะเบียนสถาน ประกอบการนำเข้าเครื่อง มือแพทย์	22/11/2023	ส่งเรื่องและรอ พิจารณา		ดูข้อมูล

เมื่อกดดูข้อมูลจะปรากฏหน้าระบบแสดงข้อมูลและเอกสารตามตัวอย่างต่อไปนี้

แบบ ล.พ. ๒

เลขรับที่
CC 6600124

วันที่
29/11/23

ผู้รับคำขอ
ณปรีช กรมเมือง

แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่
เมื่อไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเมิด หรือใบรับ
จดแจ้ง

☐ ผลิต ☐ นำเข้า ☒ ขาย เครื่องมือแพทย์

ข้าพเจ้า :นางสมศรี ใจดี , นายสมคิด ใจดีเจ้าของกิจการ

ในนามของ :บริษัท ทดสอบ จำกัดผู้รับอนุญาต

เลขอ้างอิง :1306648

ประเภท :ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

ขอแจ้งไม่ต่ออายุ ใบรับอนุญาตขาย เลขที่ :ข. 1/64

ไม่ต่ออายุตั้งแต่วันที่ :01/01/24

วันที่ยื่น :29/11/23

เบอร์โทรศัพท์ผู้ยื่นคำขอ :082-5907280

E-mail ผู้ยื่นคำขอ :register.mdcfda@gmail.com

มี/ไม่มี เครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่:
ไม่มีเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่

ดูใบคำขอ

ดูหนังสือรับทราบการแจ้งยกเลิก/ไม่ต่ออายุ

ไฟล์แนบ	ดูไฟล์แนบ
1. หนังสือแจ้งไม่ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์/ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์*	ดูไฟล์แนบ
2.ใบจดทะเบียนสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์ /ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ หรือฉบับสำเนา(ถ้ามี)	ดูไฟล์แนบ
3.หนังสือรับรองบริษัท (ออกไม่เกิน 6 เดือน) *	ดูไฟล์แนบ
4. หนังสือมอบอำนาจผู้ยื่นเอกสารขอยกเลิก/ไม่ต่ออายุ ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาตใบรับแจ้งรายการละเมิด ใบรับจดแจ้ง เครื่องมือแพทย์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนผู้มอบอำนาจ และ ผู้รับมอบอำนาจ (หากเป็นบุคคลเดียวกันใช้เอกสารฉบับเดียว) *	ดูไฟล์แนบ

ลำดับที่	ชื่อเครื่องมือแพทย์	NEWCODE	เลขที่ ใบอนุญาต/ใบรับแจ้งรายการละเมิด/ใบรับจดแจ้งเครื่องมือแพทย์(ถ้ามี)	เลขที่หรืออักษรแสดง ครั้งที่ผลิต หรือรหัสประจำเครื่องมือแพทย์	จำนวน/ปริมาณ	หน่วย	ที่ตั้งสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์
	-	-	-	-	-	-	-

ลายมือชื่อนางสมศรี ใจดี , นายสมคิด ใจเจ้าของกิจการ

เมื่อกดดูใบคำขอจะปรากฏหน้าระบบแบบ ลพ.ที่กรอกข้อมูลตามตัวอย่างต่อไปนี้

แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่

เมื่อไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายละเอียดหรือใบรับแจ้งการจัดแจ้ง

☐ ผิด ☐ นำเข้า ☒ ขาย เครื่องมือแพทย์

ข้าพเจ้า : นางสมศรี ใจดี , นายสมคิด ใจดี เจ้าของกิจการ

ในนามของ : บริษัท ทดสอบ จำกัด ผู้รับอนุญาต

เลขอ้างอิง : 1306648

ประเภท : ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

แบบ ลพ. 2

เลขรับที่ _____

วันที่ _____

ผู้รับคำขอ _____
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่

เมื่อไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายละเอียดหรือใบรับแจ้งแจ้ง

☐ ผิด ☒ นำเข้า ☐ ขาย เครื่องมือแพทย์

วันที่ 3 มกราคม 2568

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) นางสมศรี ใจดี เจ้าของกิจการ/ผู้ดำเนินการ

ในนามของ (ชื่อนิติบุคคล/บุคคลธรรมดา) บริษัท ทดสอบ จำกัด ผู้จดทะเบียนสถานประกอบการ/ผู้รับอนุญาต/ผู้รับแจ้งรายละเอียดหรือผู้รับแจ้งซึ่งไม่ต่ออายุ/ผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุ ในการมีต่อไป

☒ ใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ เลขที่ สน. 4/63

ตั้งแต่วันที่ 1 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568

ขอแจ้งจำนวนเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่และสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ดังนี้

☒ ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่ ☐ มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่และเก็บ ไว้ ณ สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ลำดับที่	ชื่อเครื่องมือแพทย์	NEWCODE	เลขที่ ใบอนุญาต /ใบรับแจ้งรายละเอียด /ใบรับแจ้งแจ้งเครื่องมือแพทย์	เลขที่หรืออีกชามแสดงครั้งที่ผลิต หรือรหัสประจำเครื่องมือแพทย์	จำนวน/ปริมาณ หน่วย	ที่ตั้งสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์
1	-	-	-	-	-	-

(ลายมือชื่อ) นางสมศรี ใจดี เจ้าของกิจการ/ผู้ดำเนินการ

นางสมศรี ใจดี

4.10.11 หากเจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนคำขอเรียบร้อยแล้วสถานะจะเปลี่ยนเป็น “ เสนอรับทราบ ”

เลข อ้างอิง	ประเภท คำขอ	ใบ สำคัญ	กระบวนการงาน	วันที่ยื่นเรื่องเข้า ระบบ	สถานะ	หมายเหตุ (ผปก)	ดูรายละเอียด
1305477	ไม่ต่ออายุ	สน. 4/63	ใบจดทะเบียนสถาน ประกอบการนำเข้าเครื่อง มือแพทย์	3/1/2525	เสนอรับทราบ		ดูข้อมูล

4.10.12 เมื่อเจ้าหน้าที่ “รับทราบการแจ้งเลิกกิจการ” เรียบร้อยแล้ว สถานะจะถูกปรับเป็น “รับทราบ” สามารถกดปุ่ม “ดูข้อมูล” เพื่อเข้าไปดูเอกสาร “รับทราบการแจ้งเลิกกิจการ”

เลข อ้างอิง	ประเภท คำขอ	ใบ สำคัญ	กระบวนการงาน	วันที่ยื่นเรื่องเข้า ระบบ	สถานะ	หมายเหตุ (ผปก)	ดูรายละเอียด
1305477	ไม่ต่ออายุ	สน. 4/63	ใบจดทะเบียนสถาน ประกอบการนำเข้าเครื่อง มือแพทย์	3/1/2525	รับทราบ		ดูข้อมูล

4.10.13 หากเจ้าหน้าที่ต้องการให้แก้ไขเอกสาร สถานะจะถูกปรับเป็น “คืนคำขอ” คลิก “ดูข้อมูล” เพื่อดูคำชี้แจงที่เจ้าหน้าที่ให้แก้ไขเอกสาร

เลข อ้างอิง	ประเภท คำขอ	ใบ สำคัญ	กระบวนการงาน	วันที่ยื่นเรื่องเข้า ระบบ	สถานะ	หมายเหตุ (ฟปก)	รายละเอียด
1305477	ไม่ต่ออายุ	สน. 4/63	ใบจดทะเบียนสถาน ประกอบการนำเข้าเครื่อง มือแพทย์	22/11/2023	คืนคำขอ		ดูข้อมูล

เจ้าหน้าที่จะชี้แจงเหตุแห่งการคืนคำขอ โดยได้จาก 1.ไฟล์แนบจากเจ้าหน้าที่ กดคลิก “ดูไฟล์แนบ” หรือแสดงที่ “หมายเหตุจากเจ้าหน้าที่” ให้ทำการแก้ไขเอกสารตามที่เจ้าหน้าที่แจ้งและยื่นเรื่องเข้ามาใหม่อีกครั้ง

ไฟล์แนบจากเจ้าหน้าที่	ดูไฟล์แนบ
เอกสารแนบจากเจ้าหน้าที่	ดูไฟล์แนบ

หมายเหตุจากเจ้าหน้าที่
ทดสอบ

4.10.14

ดูใบคำขอ	ดูหนังสือรับทราบการแจ้งยกเลิก/ไม่ต่ออายุ
----------	--

ตัวอย่างหนังสือรับทราบแจ้งไม่ต่ออายุ

หนังสือรับทราบแจ้งไม่ต่ออายุ	
เลขอ้างอิง	
3 มกราคม 2568	
หนังสือฉบับนี้ให้ไว้ เพื่อแสดงว่า	
บริษัท ทดสอบ จำกัด	ได้แจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อไม่ต่ออายุ
ใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ เลขที่ สน. 4/63 สิ้นอายุเมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2567	
ตามแบบ ถ.พ. 2 เลขที่รับที่ CC 6600121 ลงวันที่ 1 มกราคม 2568	
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา รับทราบการแจ้งไม่ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้า	
เครื่องมือแพทย์ ดังกล่าวข้างต้นแล้ว	
	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ผู้อนุญาต

4.11 การกรอกข้อมูลแบบ ลพ.๓
กรณีใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์
แจ้งพื่นกำหนดระยะเวลาขาย

4.11 กดรอกข้อมูลแบบ ลพ. ผ่านระบบ

4.11.1 กรณีแจ้งพนักงานกำหนดระยะเวลาขาย ยื่นแบบ ล.พ.๓

ตัวอย่างหน้าระบบ

ระบบแจ้งเลิกกิจการ/ไม่ต่ออายุ

ส่งรายงาน

สร้างคำขอ คลิกที่นี่ <<

Download ตัวอย่างหนังสือบริษัท

คำแนะนำในการส่งรายงาน

กรุณาระบุคำค้นหา

เลขอ้างอิง	ประเภทคำขอ	ใบสำคัญ	กระบวนการงาน	วันที่ยื่นเรื่องเข้าระบบ	สถานะ	หมายเหตุ (ลบก)	ดูรายละเอียด
1306648	ไม่ต่ออายุ	ข. 1/64	ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์	29/11/2023	รับทราบ		ดูข้อมูล

4. 11.2 การเลือกเลขอ้างอิงที่ต้องการแจ้งเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาขาย และมีสถานะ “รับทราบ” หลังจากครบกำหนด “60 วัน หลังจากเลิกกิจการหรือไปสิ้นอายุ” ให้ไปที่เลขอ้างอิงคำขอที่เคยยื่นแบบ ลพ.๑ หรือแบบ ล.พ.๒ และมีสถานะ “รับทราบ” กดคลิก “ดูข้อมูล”

ระบบแจ้งเลิกกิจการ/ไม่ต่ออายุ

ส่งรายงาน

สร้างคำขอ คลิกที่นี่ <<

Download ตัวอย่างหนังสือบริษัท

คำแนะนำในการส่งรายงาน

กรุณาระบุคำค้นหา

เลขอ้างอิง	ประเภทคำขอ	ใบสำคัญ	กระบวนการ	วันที่ยื่นเรื่องเข้าระบบ	สถานะ	หมายเหตุ (ฟปก)	ดูรายละเอียด
1306648	ไม่ต่ออายุ	ข. 1/64	ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์	29/11/2023	รับทราบ		ดูข้อมูล

เมื่อกรณข้อมูลจะปรากฏหน้าระบบแสดงข้อมูลและเอกสารตามตัวอย่างต่อไปนี้

แบบ ส.พ. ๓

เลขรับที่

วันที่

ผู้รับคำขอ

แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่

เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาขายเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๓๘ วรรคหนึ่ง

☐ผลิต

☐นำเข้า

☒ขายเครื่องมือแพทย์

ข้าพเจ้า :นางสมศรี ใจดี ,นายสมคิด ใจดี

เจ้าของกิจการ

ในนามของ :

ผู้รับอนุญาต

เลขอ้างอิง :1307738

ประเภท :ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

แจ้งจำนวนเครื่องมือแพทย์ของผู้รับอนุญาตที่เหลืออยู่เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาขาย เลขที่ :ข. 1/64

วันที่ยื่น :07/12/23

เบอร์โทรศัพท์ผู้ยื่นคำขอ :082-5907280

E-mail ผู้ยื่นคำขอ :register.mdcfda@gmail.com

☒แจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อไม่ต่ออายุ/ ผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุ ตามแบบ ส.พ.๒

เลขรับที่CC6600124

วันที่01/01/24

และได้ขายเครื่องมือแพทย์ที่เหลือนดังกล่าวให้แก่ผู้รับอนุญาตอื่น หรือบุคคลที่ผู้อนุญาตเห็นสมควรภายในกำหนดระยะเวลาตามมาตรา ๓๘ วรรคหนึ่งแล้ว ขอแจ้งจำนวนเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่และสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์นั้น ดังนี้

มี/ไม่มี เครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่

ไม่มีเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่

ดูใบคำขอ

ลำดับที่	ชื่อเครื่องมือแพทย์	NEWCODE	เลขที่ ใบอนุญาต/ใบรับแจ้งรายการละเอียด/ใบรับจดแจ้งเครื่องมือแพทย์(ถ้ามี)	เลขที่หรืออักษรแสดง ครั้งที่ผลิต หรือรหัสประจำเครื่องมือแพทย์	จำนวน/ปริมาณ	หน่วย	ที่ตั้งสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์
	-	-	-	-	-	-	-

ลายมือชื่อ นางสมศรี ใจดี ,นายสมคิด ใจดี เจ้าของกิจการ

ไฟล์แนบจากเจ้าหน้าที่

ดูไฟล์แนบ

หมายเหตุจากเจ้าหน้าที่

(ต่อ)

ไฟล์แนบจากเจ้าหน้าที่

ดูไฟล์แนบ

หมายเหตุจากเจ้าหน้าที่

การขายเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ >> เฉพาะกรณีที่นำเข้าหรือผลิตหรือขายเครื่องมือแพทย์ได้แก่

- ด้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกาย
- ผลิตภัณฑ์ฟอกสีฟัน
- ชุดตรวจที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี
- อุปกรณ์จุลทรรศน์มนุษย์
- กรดไฮยาลูโรนิกชนิดฉีดเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องของผิวหนัง
- ผลิตภัณฑ์ที่มีสมบัติเหนียวสำหรับใช้ในการกระบวนการผ่าตัดตา

ท่านสามารถขายเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ภายใน 60 วันนับแต่วันเลิกกิจการ วันที่ใบอนุญาตสิ้นอายุ หรือวันที่ผู้อนุญาตไม่อนุญาต

ให้ต่ออายุใบอนุญาต เมื่อครบกำหนดแล้วต้องแจ้งให้ทราบภายใน 15 วันนับจากวันที่พ้นกำหนดระยะเวลาขาย

ยื่นแบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาขาย (แบบ ล.พ.๓)

ชื่อเจ้าหน้าที่/ผู้ประกอบการ	สถานะ	วันที่
	ส่งเรื่องและรอพิจารณา	
	เสนอรับทราบ	
	รับทราบ	

4. 11.3 กดเลือก “ยื่นแบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาขาย (แบบ ล.พ.๓)

ท่านสามารถขายเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ภายใน 60 วันนับแต่วันเลิกกิจการ วันที่ใบอนุญาตสิ้นอายุ หรือวันที่ผู้อนุญาตไม่อนุญาต

ให้ต่ออายุใบอนุญาต เมื่อครบกำหนดแล้วต้องแจ้งให้ทราบภายใน 15 วันนับจากวันที่พ้นกำหนดระยะเวลาขาย

ยื่นแบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาขาย (แบบ ล.พ.๓)

4.11.4 ตัวอย่างหน้าระบบในส่วนยื่นเอกสาร แบบ ลพ.๓

ข้าพเจ้า

☒ เจ้าของกิจการ : กรรมการตามเงื่อนไขบริษัท
 กรณการกรอกชื่อ เจ้าของกิจการ
หงสมศรี ใจดี , นายสมคิด ใจดี

☐ ผู้ดำเนินการ

ชื่อผู้ยื่นคำขอ

เบอร์มือถือผู้ยื่นคำขอ

E-mail ผู้ยื่นคำขอ

ประเภท

☐ แจ้งจำนวนเครื่องมือแพทย์ของใบอนุญาตที่เหลืออยู่เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาขาย

โดย

☐ มีเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่
☐ ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่

หมายเหตุแจ้งการยกเลิกกิจการหรือไม่ต่ออายุ (ถ้ามี)

แบบ ส.พ. ๓

ตัวอย่างการกรอก แบบ ส.พ. 3

**แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่
เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาขายเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๓๘ วรรคหนึ่ง**

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขบริษัท / ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์

ในนามของ (ชื่อนิติบุคคล / บุคคลธรรมดา) ชื่อบริษัท / ร้านค้า

ซึ่ง ☐ แจ้งเลิกกิจการ จำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ ตามแบบ ส.พ.๓ เลขรับที่ วันที่

☐ แจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อไม่ต่ออายุ / ผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุ ตามแบบ ส.พ.๒ เลขรับที่ วันที่

และได้ขายเครื่องมือแพทย์ที่เหลือดังกล่าวให้แก่ผู้รับอนุญาตอื่น หรือบุคคลที่ผู้อนุญาตเห็นสมควรภายในกำหนดระยะเวลาตามมาตรา ๓๘ วรรคหนึ่งแล้ว

ขอแจ้งจำนวนเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่และสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์นั้น ดังนี้

☐ ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่
 ☐ มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่และเก็บไว้ ณ สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ลำดับที่	ชื่อเครื่องมือแพทย์	เลขที่ ใบอนุญาต / ใบรับแจ้งรายละเอียด / ใบรับจัดแจ้งเครื่องมือแพทย์ (ถ้ามี)	เลขที่หรืออักษรแสดง ครั้งที่ผลิต หรือรหัส ประจำเครื่องมือแพทย์	จำนวน/ปริมาณ	ที่ตั้งสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์

เลขรับที่.....
 วันที่.....
 ผู้รับคำขอ.....
 (สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

วันที่ยื่นเอกสารภายใน 15 วัน
นับจากวันที่ยื่น ส.พ.1-2 แล้ว 60 วัน

เจ้าของกิจการ / ผู้ดำเนินการ

(ลายมือชื่อ)..... เจ้าของกิจการ / ผู้ดำเนินการ
 (.....)
 ชื่อกรรมการบริษัท ตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท+ตราประทับ (ถ้ามี) / ชื่อบุคคลตามใบ

4. 11.4.1

1. การเลือกผู้มอบอำนาจในการยื่นแจ้งเลิกกิจการ กรณีผู้มอบอำนาจเป็นเจ้าของกิจการ(กรรมการตามเงื่อนไขบริษัท) ให้เลือกคลิก “เจ้าของกิจการ(กรรมการตามเงื่อนไขบริษัท)” และกรอกชื่อกรรมการ ตามเงื่อนไขบริษัท (หากมีมากกว่า 1 คน ให้กรอกชื่อให้ครบ)

ข้าพเจ้า

☒ เจ้าของกิจการ : กรรมการตามเงื่อนไขบริษัท

กรณกรอกชื่อ เจ้าของกิจการ

นางสมศรี ใจดี , นายสมคิด ใจดี

☐ ผู้ดำเนินการ

สำนักงานทะเบียนหุ้นส่วนบริษัทกรุงเทพมหานคร
กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์

หนังสือรับรอง

ขอรับรองว่าบริษัท ได้จดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์
เมื่อวันที่ 11 เมษายน 2563 ทะเบียนนิติบุคคลเลขที่ 01155500000000
ปรากฏข้อความในรายการตามเอกสารทะเบียนนิติบุคคล ณ วันออกหนังสือ ดังนี้

1. ชื่อบริษัท บริษัท เอ จำกัด (จำกัด)

2. กรรมการของบริษัท 3 คน ตามรายชื่อต่อไปนี้

1. นางสมศรี ใจดี 2. นายสมคิด ใจดี 3. นายสมหมาย ใจดี

3. จำนวนหรือชื่อกรรมการซึ่งลงชื่อผูกพันบริษัทได้คือ กรรมการสองคนลงลายมือชื่อ
และประทับตราสำคัญของบริษัท

4.ทุนจดทะเบียน 5,000,000.00 บาท /ชำระค่าหุ้นครบ

5. สำนักงานใหญ่ ตั้งอยู่เลขที่ 9999 ถนน สีวันนท์ ตำบลชวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี
จังหวัดนนทบุรี

6. วัตถุประสงค์ของบริษัท 25 ข้อ ซึ่งปรากฏในสำเนาเอกสารแนบท้ายหนังสือรับรองนี้ จำนวน 2 แผ่น
โดยมีลายมือชื่อและประทับตราของกรรมการและประทับตราสำนักงานทะเบียนหุ้นส่วนบริษัทเป็นสำคัญ

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

ส่วนถูกต้อง ส่วนถูกต้อง

บริษัท เอ จำกัด (นายสมคิด ใจดี) (นางสมศรี ใจดี)

กรรมการ 2 คนลงลายมือชื่อ
และ ประทับตราบริษัท
ตามเงื่อนไขข้อ 3 ตามตัวอย่างข้างต้น

คำเตือน : ผู้ใช้ตราตราของตราตราทางหนังสือรับรองฉบับนี้ทุกครั้ง
กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์
Department of Business Development
Ministry of Commerce
1570 www.dbd.go.th
โทร. 02-528 7600

แบบ ส.พ. ๓

เลขรับที่
วันที่
ผู้รับคำขอ
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

ตัวอย่างการกรอก แบบ ส.พ. 3

แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่
เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาขายเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๓๘ วรรคหนึ่ง

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขบริษัท / ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์ เจ้าของกิจการ / ผู้ดำเนินการกิจการ
ในนามของ (ชื่อนิติบุคคล / บุคคลธรรมดา) ชื่อบริษัท / ร้านค้า ผู้รับอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๒๔

ซึ่ง ☐ แจ้งเลิกกิจการ จำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ ตามแบบ ส.พ.๓ เลขรับที่ วันที่
☐ แจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อไม่ต่ออายุ / ผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุ ตามแบบ ส.พ.๒ เลขรับที่ วันที่
และได้ขายเครื่องมือแพทย์ที่เหลือนั้นแล้วให้แก่ผู้รับอนุญาตอื่น หรือบุคคลที่ผู้อนุญาตเห็นสมควรภายในกำหนดระยะเวลาตามมาตรา ๓๘ วรรคหนึ่งแล้ว
ขอแจ้งจำนวนเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่และสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์นั้น ดังนี้

☐ ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่ ☐ มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่และเก็บไว้ ณ สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ลำดับที่	ชื่อเครื่องมือแพทย์	เลขที่ ใบอนุญาต / ใบรับแจ้งรายการละเมิด / ใบรับจดทะเบียนเครื่องมือแพทย์ (ถ้ามี)	เลขที่หรืออักษรแสดง ครั้งที่ผลิต หรือรหัส ประจำเครื่องมือแพทย์	จำนวน/ปริมาณ	ที่ตั้งสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์

(ลายมือชื่อ)..... เจ้าของกิจการ / ผู้ดำเนินการ
(.....)
ชื่อกรรมการบริษัท ตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท+ตราประทับ (ถ้ามี) / ชื่อบุคคลตามใบ

4.11.4.2

2. การเลือกผู้มอบอำนาจในการยื่นแจ้งเลิกกิจการ กรณีผู้มอบอำนาจเป็น ผู้ดำเนินกิจการตามหน้าใบจดทะเบียนสถานประกอบการ/ ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ (เฉพาะกรณีผู้ดำเนินการได้รับมอบอำนาจจากกรรมการตามเงื่อนไขบริษัทให้เป็นผู้ยื่นเรื่องแทนตามเอกสารมอบอำนาจผู้ยื่นคำขอ

☐ เจ้าของกิจการ : กรรมการตามเงื่อนไขบริษัท

☒ ผู้ดำเนินการ

กรณารกรอกชื่อ ผู้ดำเนินการ

นางสมศรี ใจดี

หนังสือมอบอำนาจผู้ยื่นเอกสารการขอเลิก/ไม่ต่ออายุ ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต

ใบรับแจ้งรายการละเมิด ใบรับจดทะเบียน เครื่องมือแพทย์

ที่..... ชื่อบริษัท / ร้านค้า.....

วันที่..... วันที่ยื่นเอกสาร

โดยมี..... ชื่อบริษัท / ร้านค้า (ผู้ถือใบอนุญาต)

สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่เลขที่..... ต./อ.ย...... กรุงเทพมหานคร.....

ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

โดยมี..... ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขหนังสือรับรองบริษัท.....

เป็นผู้อนุญาตให้บุคคลปรากฏตามหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคลกระทรวงพาณิชย์ เลขที่.....

เลขนิติบุคคล 13 หลัก หรือเลขประชาชนใบทะเบียนพาณิชย์..... วันที่จดทะเบียนบริษัท/พาณิชย์.....

ขอมอบอำนาจ.....

และแต่งตั้งให้..... ชื่อ สกุล ผู้กระทำการ..... อายุ..... ปี.....

สัญชาติ.....

อยู่บ้านเลขที่..... ต./อ.ย...... กรุงเทพมหานคร.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... บ้านที่..... จังหวัด.....

โทร.....

บัตรประจำตัว..... ระบุ "ประชาชน"..... เลขที่..... เลขประจำตัวประชาชน.....

ออกให้ ณ..... เมื่อวันที่.....

เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการดังนี้

ข้อ 1 ให้เป็นผู้ยื่น แบบ ล.พ. ๑ / แบบ ล.พ. ๒ ตลอดจนการแก้ไขเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ต่อสำนักงาน

คณะกรรมการอาหารและยา

ข้อ 2 ให้มีอำนาจในการให้คำรับรองต่อเจ้าหน้าที่ แก่เอกสาร เพื่อบันทึกเอกสาร รับรองเอกสาร

รับเอกสารคืน ตลอดจนดำเนินการอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับการขอเลิกใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเมิด

หรือใบรับจดทะเบียนเครื่องมือแพทย์ ดังกล่าวจนเสร็จการ

ข้อ 3 ขอแจ้งเลิกกิจการ/ไม่ต่ออายุของใบ..... เลขที่..... เลขที่ใบที่แจ้งการแจ้ง

ข้อ 4 การมอบอำนาจดังกล่าวนี้ให้ใช้ได้ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ถึงวันที่..... เดือน..... (ไม่เกิน 90 วัน นับตั้งแต่วันที่มอบอำนาจ)

กิจการใดที่..... (ระบุชื่อผู้รับมอบอำนาจ)..... ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามขอบเขตแห่งหนังสือ

มอบอำนาจฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบโดยเสมือนว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำด้วยตัวเองทั้งสิ้น เพื่อเป็น

หลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

อากร.....

แสตมป์.....

10 บาท

ประทับตรา.....

บริษัท.....

ลงชื่อ..... ผู้มอบอำนาจ

.....

ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอำนาจ

.....

ลงชื่อ..... พยาน

.....

ลงชื่อ..... พยาน

.....

พยานระบุไว้ครบ 2 คน

แบบ ส.พ. ๓

เลขรับที่.....

วันที่.....

ผู้รับคำขอ.....

(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

ตัวอย่างการกรอก แบบ ส.พ. 3

แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เลือกอยู่

เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาขายเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๓๘ วรรคหนึ่ง

วันที่..... วันที่ยื่นเอกสารภายใน 15 วัน

นับจากวันที่ยื่น ส.พ. 1-2 แล้ว 60 วัน

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....

ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขบริษัท / ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์.....

เจ้าของกิจการ / ผู้ดำเนินการกิจการ.....

ในนามของ (ชื่อนิติบุคคล / บุคคลธรรมดา).....

ชื่อบริษัท / ร้านค้า.....

ผู้รับอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๒๔

ซึ่ง ☐ แจ้งเลิกกิจการ จำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เลือกอยู่ ตามแบบ ส.พ. ๑ เลขรับที่..... วันที่.....

☐ แจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เลือกอยู่เมื่อไม่ต่ออายุ / ผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุ ตามแบบ ส.พ. ๒ เลขรับที่..... วันที่.....

และได้ขายเครื่องมือแพทย์ที่เลือกดังกล่าวให้แก่ผู้รับอนุญาตอื่น หรือบุคคลที่ผู้อนุญาตเห็นสมควรภายในกำหนดระยะเวลาตามมาตรา ๓๘ วรรคหนึ่งแล้ว

ขอแจ้งจำนวนเครื่องมือแพทย์ที่เลือกอยู่และสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ดังนี้

☐ ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่ ☐ มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่และเก็บไว้ ณ สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ลำดับที่	ชื่อเครื่องมือแพทย์	เลขที่	เลขที่หรืออักษรแสดง	จำนวน/ปริมาณ	ที่ตั้งสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์
		ใบอนุญาต / ใบรับแจ้งรายการละเมิด /	ครั้งที่ผลิต หรือรหัส		
		ใบรับจดทะเบียนเครื่องมือแพทย์ (ถ้ามี)	ประจำเครื่องมือแพทย์		

(ลายมือชื่อ)..... เจ้าของกิจการ / ผู้ดำเนินการกิจการ

(.....)

ชื่อกรรมการบริษัท ตามเงื่อนไขหนังสือรับรองบริษัท+ตราประทับ (ถ้ามี) / ชื่อบุคคลตามใบ

4.11.5 กรอกข้อมูลผู้ยื่นคำขอ โดยการกรอกเบอร์มือถือผู้ยื่นคำขอ และ E-mail สำหรับให้เจ้าหน้าที่ติดต่อกลับ

ชื่อผู้ยื่นคำขอ	เบอร์มือถือผู้ยื่นคำขอ	E-mail ผู้ยื่นคำขอ
--	---	---

4.11.6 เลือกประเภทการยื่นเอกสาร คลิก “แจ้งจำนวนเครื่องมือแพทย์ของใบอนุญาตที่เหลืออยู่เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาขาย ตามที่กฎหมายกำหนด

ประเภท

☐ แจ้งจำนวนเครื่องมือแพทย์ของใบอนุญาตที่เหลืออยู่เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาขาย

4.11.7 เลือกว่า “มี/ไม่มีเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่”

โดย

☐ มีเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่

☐ ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่

แบบ ส.พ. ๓

ตัวอย่างการกรอก แบบ ส.พ. 3

แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่
เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาขายเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๓๘ วรรคหนึ่ง

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว)
 ในนามของ (ชื่อนิติบุคคล / บุคคลธรรมดา)

วันที่ วันที่ยื่นเอกสารภายใน 15 วัน
 นับจากวันที่ยื่น ส.พ. 1-2 แล้ว 60 วัน

ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขบริษัท / ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์ เจ้าของกิจการ / ผู้ดำเนินการ
 ชื่อบริษัท / ร้านค้า ผู้รับอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๒๔

ซึ่ง ☐ แจ้งเลิกกิจการ จำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ ตามแบบ ส.พ. ๓ เลขรับที่ วันที่
☐ แจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อไม่ต่ออายุ / ผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุ ตามแบบ ส.พ. ๒ เลขรับที่ วันที่
 และได้ขายเครื่องมือแพทย์ที่เหลือดังกล่าวให้แก่ผู้รับอนุญาตอื่น หรือบุคคลที่ผู้อนุญาตเห็นสมควรภายในกำหนดระยะเวลาตามมาตรา ๓๘ วรรคหนึ่งแล้ว
 ขอแจ้งจำนวนเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่และสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์นั้น ดังนี้

☐ ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่
 ☐ มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่และเก็บไว้ ณ สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ลำดับที่	ชื่อเครื่องมือแพทย์	เลขที่ ใบอนุญาต / ใบรับแจ้งรายการละเอียด / ใบรับแจ้งเครื่องมือแพทย์ (ถ้ามี)	เลขที่หรืออักษรแสดง ครั้งที่ผลิต หรือรหัส ประจำเครื่องมือแพทย์	จำนวน/ปริมาณ	ที่ตั้งสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์

(ลายมือชื่อ)..... เจ้าของกิจการ / ผู้ดำเนินการ
 (.....)
 ชื่อกรรมการบริษัท ตามเงื่อนไขหนังสือรับรองบริษัท+ตราประทับ (ถ้ามี) / ชื่อบุคคลตามใบ

4.11.8 ระบุ “หมายเหตุแจ้งการยกเลิกกิจการหรือไม่ต่ออายุ (ถ้ามี)” กรอกหรือไม่กรอกก็ได้

หมายเหตุแจ้งการยกเลิกกิจการหรือไม่ต่ออายุ (ถ้ามี)

ย้อนกลับ

บันทึก

4.11.9 คลิก “บันทึก”

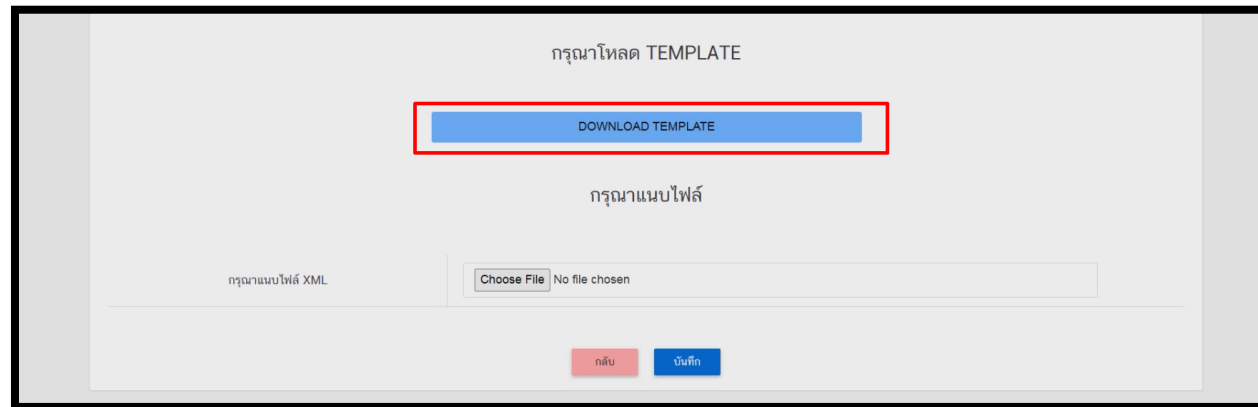
หมายเหตุแจ้งการยกเลิกกิจการหรือไม่ต่ออายุ (ถ้ามี)

ย้อนกลับ

บันทึก

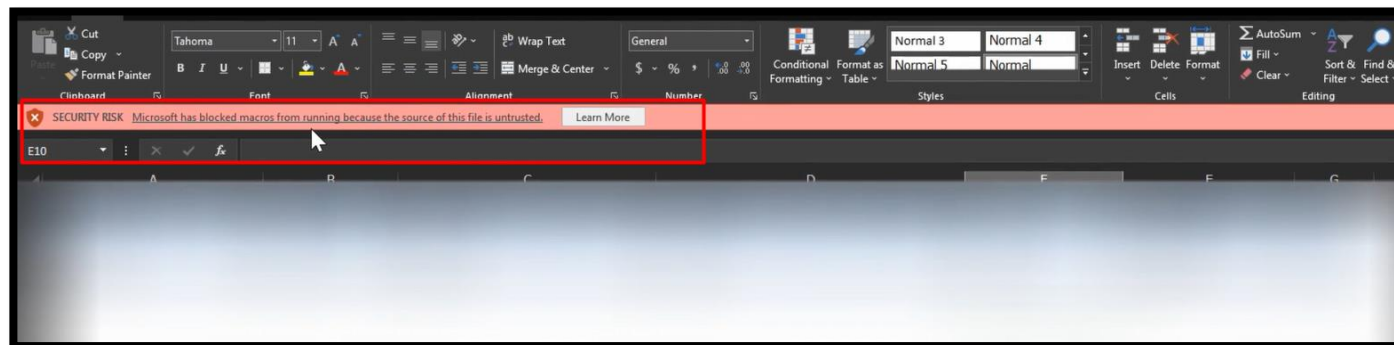
4.11.10.1 กรณีเลือก “มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่” จะต้องแนบ “Excel template” โดย ขั้นตอนการทำ Excel template ดังต่อไปนี้

1.11.10.1 กด Download Temp และ เปิดไฟล์ Excel

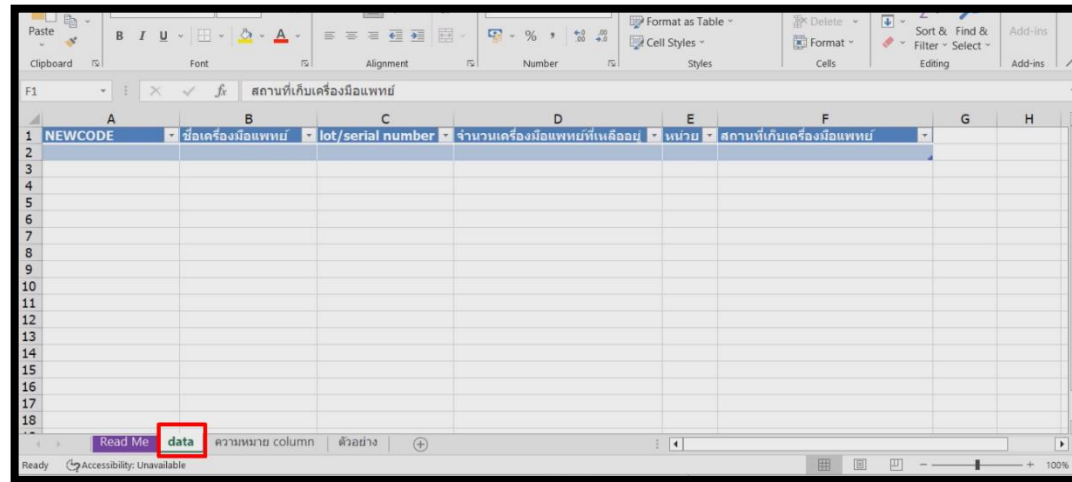


ในกรณีที่เปิดไฟล์แล้วพบปัญหา Security risk ในดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำที่ได้แจ้งไว้

เงื่อนไขการทำ Excel template : <https://drive.google.com/file/d/1lh6NKjV1VOg1s8bIC5bz2lG9Euf1Ci1U/view?usp=sharing>



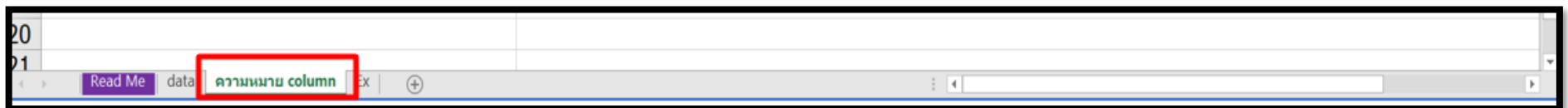
4.11.10.2 กด DATA



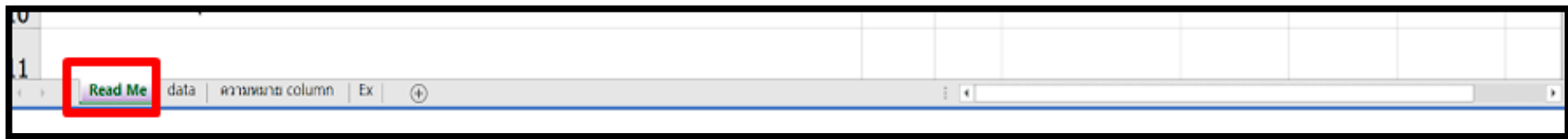
4.11.10.3 กรอกข้อมูลในช่องสีฟ้า

	A	B	C	D	E	F	G
1	NEWCODE	ชื่อเครื่องมือแพทย์	lot/serial number	จำนวนเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่	หน่วย	สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์	
2	U1MC0001026525991200018914C	test	test	test	PC	test	
3	U1MC0001026525991200019015C	test	test	test	PC	test	
4	U1MC0001026525991200019116C	test	test	test	PC	test	
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

การกรอกข้อมูลสามารถกดที่ ความหมาย Column เพื่อดูตัวอย่างการกรอกข้อมูล



4.11.10.4 เมื่อกรอกข้อมูลเรียบร้อยแล้วให้คลิกที่ Read me และคลิกที่ Export XML



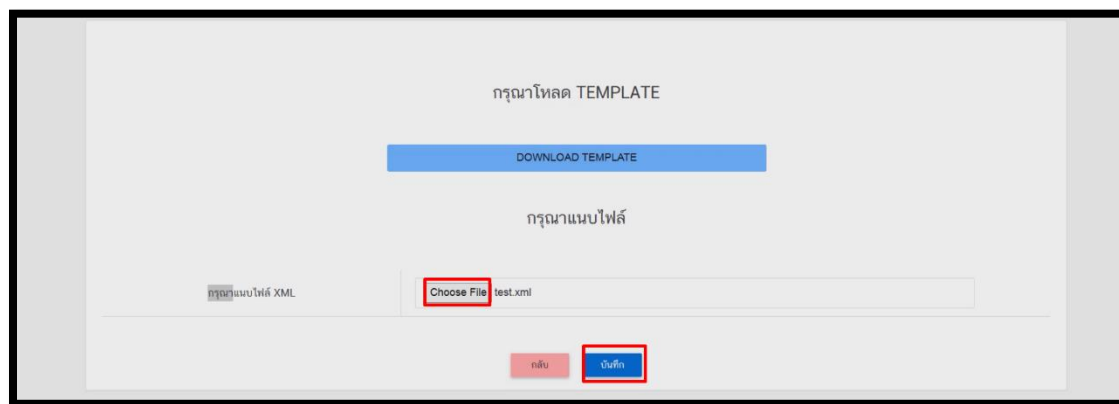
ในขั้นตอนการการทำไฟล์ XML หากพบข้อผิดพลาด หรือไม่สามารถแปลงไฟล์ได้ ให้ดูคำแนะนำเบื้องต้นที่
เงื่อนไขการทำ Excel template :

<https://drive.google.com/file/d/1lh6NKjV1VOg1s8bIC5bz2lG9Euf1Ci1U/view?usp=sharing>

หรือแจ้งปัญหาไปที่ email esubmdcd@gmail.com หรือ Line : @371eojnr

4.11.10.5 เมื่อได้ไฟล์ XML เรียบร้อยแล้วให้กลับมาที่หน้าจอระบบเพื่อทำการอัปโหลด กดที่ Browse หรือ เลือกไฟล์

กด บันทึก



4.11.10.6 หากบันทึกสำเร็จจะขึ้น Alert ดังภาพ

หากพบข้อผิดพลาด หรือไม่สามารถอัปโหลดไฟล์ได้ ให้ดูคำแนะนำเบื้องต้นที่

เงื่อนไขการทำ Excel template :

<https://drive.google.com/file/d/1lh6NKjV1VOg1s8bIC5bz2lG9Euf1Ci1U/view?usp=sharing>

หรือแจ้งปัญหาไปที่ email esubmdcd@gmail.com หรือ Line : @371eojnr

4.11.11 กด “ตกลง” เอกสารและข้อมูลจะถูกส่งไปยังเจ้าหน้าที่

4.11.12 เมื่อยื่นเอกสารเรียบร้อยแล้วจะปรากฏเลขอ้างอิงคำขอใหม่ในหน้าระบบหลัก กด “ดูข้อมูล” จะปรากฏข้อมูลที่ยื่นเอกสารไว้ และรอเจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารต่อไป

เลข อ้างอิง	ประเภทคำขอ	ใบสำคัญ	กระบวนการงาน	วันที่ยื่นเรื่องเข้า ระบบ	สถานะ	หมายเหตุ (ผปก)	ดูรายละเอียด
1307738	ยื่นแบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อกำหนดระยะเวลาขาย (แบบ ล.พ.๓)	ข. 1/64	ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์	07/12/2023	ส่งเรื่องและรอ พิจารณา		ดูข้อมูล

เมื่อกดดูข้อมูลจะปรากฏหน้าระบบแสดงข้อมูลและเอกสารตามตัวอย่างต่อไปนี้

แบบ ส.พ. ๓

เลขรับที่

วันที่

ผู้รับคำขอ

แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่

เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาขายเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๓๘ วรรคหนึ่ง

☐ ผลิต

☐ นำเข้า

☒ ขาย เครื่องมือแพทย์

ข้าพเจ้า :นางสมศรี ใจดี ,นายสมคิด ใจดี

เจ้าของกิจการ

ใบอนุญาตของ :

ผู้รับอนุญาต

เลขอ้างอิง :1307738

ประเภท :ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

แจ้งจำนวนเครื่องมือแพทย์ของผู้รับอนุญาตที่เหลืออยู่เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาขาย เลขที่ :ข. 1/64

วันที่ยื่น :07/12/23

เบอร์โทรศัพท์ผู้ยื่นคำขอ :082-5907280

E-mail ผู้ยื่นคำขอ :register.mdcfda@gmail.com

☒ แจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อไม่ต่ออายุ/ ผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุ ตามแบบ ส.พ.๒

เลขรับที่CC-6600124

วันที่01/01/24

และได้ขายเครื่องมือแพทย์ที่เหลือดังกล่าวให้แก่ผู้รับอนุญาตอื่น หรือบุคคลที่ผู้อนุญาตเห็นสมควรภายในกำหนดระยะเวลาตามมาตรา ๓๘ วรรคหนึ่งแล้ว ขอแจ้งจำนวนเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่และสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์นั้น ดังนี้

มี/ไม่มี เครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่:ไม่มีเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่

ดูใบคำขอ

ลำดับที่	ชื่อเครื่องมือแพทย์	NEWCODE	เลขที่ ใบอนุญาต/ใบรับแจ้งรายการละเมิด/ใบรับจดทะเบียนเครื่องมือแพทย์(ถ้ามี)	เลขที่หรือยี่ห้อแสดง ครั้งที่ผลิต หรือรหัสประจำเครื่องมือแพทย์	จำนวน/ปริมาณ	หน่วย	ที่ตั้งสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์
	-	-	-	-	-	-	-

ลายมือชื่อ นางสมศรี ใจดี ,นายสมคิด ใจดี เจ้าของกิจการ

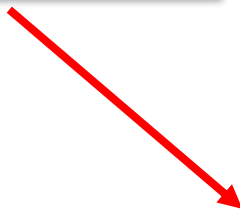
ไฟล์แนบจากเจ้าหน้าที่

ดูไฟล์แนบ

หมายเหตุจากเจ้าหน้าที่

เมื่อกดดูใบคำขอจะปรากฏหน้าระบบแบบ ลพ.ที่กรอกข้อมูลตามตัวอย่างต่อไปนี้

ข้าพเจ้า :	นางสมศรี ใจดี ,นายสมคิด ใจดี	เจ้าของกิจการ
ในนามของ :		ผู้รับอนุญาต
เลขอ้างอิง :	1307738	
ประเภท :	ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์	
แจ้งจำนวนเครื่องมือแพทย์ของผู้รับอนุญาตที่เหลืออยู่เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาขาย เลขที่ :	ข. 1/64	
วันที่ยื่น :	07/12/23	
เบอร์โทรศัพท์ผู้ยื่นคำขอ :	082-5907280	
E-mail ผู้ยื่นคำขอ :	register.mdcfda@gmail.com	



แบบ ล.พ. 3							
เลขรับที่ _____ วันที่ _____ ผู้รับคำขอ _____ (สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)							
แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาขายเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา 38 วรรคหนึ่ง							
วันที่ 7 ธันวาคม 2566							
ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) _____ นางสมศรี ใจดี ,นายสมคิด ใจดี _____ เจ้าของกิจการ/ผู้ดำเนินการ ในนามของ (ชื่อนิติบุคคล/บุคคลธรรมดา) _____ บริษัท ทดสอบ จำกัด _____ ผู้รับอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา 24							
ซึ่ง ☒ แจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อไม่ต่ออายุ/ผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุ ตามแบบ ล.พ. ๒ เลขรับที่ CC 6600124 วันที่ 29 พฤศจิกายน 2566							
และได้ขายเครื่องมือแพทย์ดังกล่าวให้กับผู้รับอนุญาตอื่น หรือบุคคลที่ผู้รับอนุญาตเห็นสมควรภายในกำหนดระยะเวลาตามมาตรา 38 วรรคหนึ่งแล้ว ขอแจ้งจำนวนเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่และสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์นั้น ดังนี้							
☒ ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่ ☐ มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่และเก็บ ไว้ ณ สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ดังรายละเอียดต่อไปนี้							
ลำดับที่	ชื่อเครื่องมือแพทย์	NEWCODE	เลขที่ ใบอนุญาต /ใบรับแจ้งรายการละเอียด /ใบรับจดทะเบียนเครื่องมือแพทย์	เลขที่หรืออักษรแสดงครั้งที่ผลิต หรือรหัสประจำเครื่องมือแพทย์	จำนวน/ปริมาณ หน่วย	ที่ตั้งสถานที่เก็บเครื่องมือ แพทย์	
1		-	-	-	-	-	
(ลายมือชื่อ) _____ นางสมศรี ใจดี ,นายสมคิด ใจดี _____ เจ้าของกิจการ/ผู้ดำเนินการ _____ นางสมศรี ใจดี ,นายสมคิด ใจดี							

4.11.13 หากเจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนคำขอเรียบร้อยแล้วสถานะจะเปลี่ยนเป็น “ เสนอรับทราบ ”

เลข อ้างอิง	ประเภทคำขอ	ใบสำคัญ	กระบวนการ	วันที่ยื่นเรื่องเข้า ระบบ	สถานะ	หมายเหตุ (ฟปท)	ดูรายละเอียด
1307738	ยื่นแบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อ กำหนดระยะเวลาขาย (แบบ ส.พ.๓)	ข. 1/64	ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์	07/12/2023	เสนอรับทราบ		ดูข้อมูล

4.11.14 เมื่อเจ้าหน้าที่ “รับทราบการแจ้งเลิกกิจการ” เรียบร้อยแล้ว สถานะจะถูกปรับเป็น “รับทราบ” สามารถกดปุ่ม “ ดูข้อมูล ”
เพื่อเข้าไปดูเอกสาร “รับทราบการแจ้งเลิกกิจการ”

เลข อ้างอิง	ประเภทคำขอ	ใบสำคัญ	กระบวนการ	วันที่ยื่นเรื่องเข้า ระบบ	สถานะ	หมายเหตุ (ฟปท)	ดูรายละเอียด
1307738	ยื่นแบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อกำหนด ระยะเวลาขาย (แบบ ส.พ.๓)	ข. 1/64	ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์	07/12/2023	รับทราบ		ดูข้อมูล

4.11.15 หากเจ้าหน้าที่ต้องการแก้ไขเอกสาร สถานะจะถูกปรับเป็น “คืนคำขอ” คลิก “ดูข้อมูล” เพื่อดูคำชี้แจงที่เจ้าหน้าที่แก้ไขเอกสาร

เลข อ้างอิง	ประเภทคำขอ	ใบสำคัญ	กระบวนการ	วันที่ยื่นเรื่องเข้า ระบบ	สถานะ	หมายเหตุ (ฟก)	ดูรายละเอียด
1307738	ยื่นแบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลือนอยู่เมื่อ กำหนดระยะเวลาขาย (แบบ ล.พ.๓)	ข. 1/64	ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์	07/12/2023	คืนคำขอ		ดูข้อมูล

เจ้าหน้าที่จะชี้แจงเหตุแห่งการคืนคำขอ โดยได้จาก 1.ไฟล์แนบจากเจ้าหน้าที่ กดคลิก “ดูไฟล์แนบ” หรือแสดงที่ “หมายเหตุจากเจ้าหน้าที่” ให้ทำการแก้ไขเอกสารตามที่เจ้าหน้าที่แจ้งและยื่นเรื่องเข้ามาใหม่อีกครั้ง

ไฟล์แนบจากเจ้าหน้าที่	ดูไฟล์แนบ
เอกสารแนบจากเจ้าหน้าที่	ดูไฟล์แนบ
หมายเหตุจากเจ้าหน้าที่	
ทดสอบ	

4.11.16 คลิ๊กเลือก “ดูหนังสือรับทราบการแจ้งยกเลิก/ไม่ต่ออายุ” เพื่อดูใบรับทราบ “หนังสือรับทราบการแจ้งแบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาขาย ตามมาตรา 38 วรรคหนึ่ง “

ดูใบคำขอ	ดูหนังสือรับทราบการแจ้งยกเลิก/ไม่ต่ออายุ
----------	--

ตัวอย่างหนังสือรับทราบการแจ้งแบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาขาย ตามมาตรา 38 วรรคหนึ่ง

หนังสือรับทราบการแจ้งแบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาขาย ตามมาตรา 38 วรรคหนึ่ง	
เลขอ้างอิง 1307738	
3 มีนาคม 2568	
หนังสือฉบับนี้ให้ไว้ เพื่อแสดงว่า	
บริษัท ทดสอบ จำกัด	ได้แจ้งแบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อพ้น กำหนดระยะเวลาขายตามมาตรา 38 วรรคหนึ่ง (แบบ ล.พ.3) ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ เลขที่ ข. 1/64 สิ้นอายุเมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2566 ตามแบบ ล.พ. 2 เลขที่รับที่ CC 6600125 ลงวันที่ 3 มีนาคม 2568
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา รับทราบการแจ้งแบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ ที่เหลืออยู่เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาขาย ตามมาตรา 38 วรรคหนึ่ง (แบบ ล.พ.3) ดังกล่าวข้างต้นแล้ว	
	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ผู้อนุญาต