

ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

เรื่อง กำหนดแบบตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจดทะเบียน
สถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๒

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดแบบคำขอและใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์
อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑ ข้อ ๔ ข้อ ๕ ข้อ ๖ ข้อ ๗ และข้อ ๘ แห่งกฎกระทรวง
กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์
พ.ศ. ๒๕๕๒ ซึ่งออกโดยอาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕ มาตรา ๑๕ วรรคสอง มาตรา ๓๐
วรรคสอง มาตรา ๓๑ วรรคสอง และมาตรา ๓๒ วรรคสองแห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์
พ.ศ. ๒๕๕๑ อันเป็นกฎหมายที่มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล
ซึ่งมาตรา ๒๕ ประกอบกับมาตรา ๓๓ มาตรา ๔๑ มาตรา ๔๓ และมาตรา ๔๕ ของรัฐธรรมนูญ
แห่งราชอาณาจักรไทยบัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย เลขาธิการ
คณะกรรมการอาหารและยาโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการเครื่องมือแพทย์ออกประกาศไว้
ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ การจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ ให้ใช้แบบท้ายประกาศ
ดังต่อไปนี้

- (๑) คำขอจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ ตามแบบ ส.น. 1
- (๒) ใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ ตามแบบ บ.ส.น. 1
- (๓) คำขอต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ ตามแบบ ส.น. 2
- (๔) คำขอย้าย เปลี่ยนแปลงสถานที่นำเข้าหรือสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์ ตามแบบ
ส.น. 3
- (๕) คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์
ตามแบบ ส.น. 4
- (๖) คำขอรับใบแทนใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ ตามแบบ ส.น. 5

ข้อ ๒ ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาฉบับนี้ ให้ใช้บังคับนับแต่วันถัดจาก
วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๘ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๓

พิพัฒน์ ยิ่งเสรี

เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

ที่คิดรูปถ่ายผู้ขอ
จดทะเบียนสถาน
ประกอบการ
หรือผู้ดำเนินการ

เลขที่รับ.....
วันที่.....
ผู้รับคำขอ.....
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

คำขอจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... (กรณีเป็นนิติบุคคลใส่ชื่อนิติบุคคล)

เป็นบุคคลธรรมดา อายุ.....ปี สัญชาติ.....

บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่น (ระบุ) เลขที่.....

อยู่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

เป็นนิติบุคคลประเภท.....จดทะเบียนเมื่อ.....ทะเบียนเลขที่.....

มีสำนักงานตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

โดยมี.....เป็นผู้ดำเนินการแทนนิติบุคคล อายุ.....ปี สัญชาติ.....

บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่น (ระบุ) เลขที่.....

อยู่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

1. ขอจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา 15 โดยมี

(1) สถานที่นำเข้าเครื่องมือแพทย์ชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

(2) สถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์ จำนวน.....แห่ง

สถานที่เดียวกับสถานที่นำเข้าข้างต้น

ตั้งอยู่เลขที่.....ต.รอก/ซอย.....

ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

(ถ้ามีสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์เพิ่มเติมจากนี้ ให้ระบุท้ายคำขอ)

(3) ขอบข่ายเครื่องมือแพทย์ที่นำเข้า ดังนี้ (ให้ระบุในเอกสารแนบท้ายคำขอตระเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์)

(4) ผู้ควบคุมการนำเข้า

ไม่มี [ไม่เป็นเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา 6(7)]

มี [กรณีเป็นเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา 6(7)] จำนวน.....คน โดยให้ระบุชื่อ – สกุล

คุณวุฒิ และเลขที่ใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพหรือการประกอบโรคศิลปะ (ถ้ามี) ของผู้ควบคุมการนำเข้า

.....
.....
.....

2. ขอรับรองว่าข้าพเจ้าและผู้ดำเนินกิจการมีคุณสมบัติตามมาตรา 16 แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551

3. ได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

(1) ในกรณีผู้ขอตระเบียนสถานประกอบการเป็นบุคคลธรรมดา

(ก) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นซึ่งใช้แทนบัตรประจำตัวประชาชนได้

(ข) สำเนาทะเบียนบ้าน

(ค) รูปถ่ายครึ่งตัว หน้าตรง ไม่สวมหมวก ขนาด 3x4 เซนติเมตร ซึ่งถ่ายมาแล้วไม่เกินหกเดือน จำนวน 3 รูป

(ง) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งรับรองว่าผู้ขอตระเบียนสถาน

ประกอบการไม่เป็นโรคที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดตามมาตรา 16 (7) แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551

(จ) สำเนาใบทะเบียนการค้าหรือใบทะเบียนพาณิชย์

(2) ในกรณีผู้ขอตระเบียนสถานประกอบการเป็นนิติบุคคล

(ก) สำเนาใบสำคัญแสดงการจดทะเบียนของนิติบุคคล

(ข) สำเนาหนังสือรับรองจากนายทะเบียนของนิติบุคคลนั้นๆ แสดงวัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล ซึ่งออกมาแล้วไม่เกินหกเดือน

- (ค) เอกสารแสดงว่าเป็นผู้จัดการหรือผู้แทน ซึ่งเป็นผู้ดำเนินกิจการของนิติบุคคล
 - (ง) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นซึ่งใช้แทนบัตรประจำตัวประชาชนได้ของผู้ดำเนินกิจการ
 - (จ) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดำเนินกิจการ
 - (ฉ) รูปถ่ายครึ่งตัว หน้าตรง ไม่สวมหมวก ขนาด 3x4 เซนติเมตร ซึ่งถ่ายมาแล้วไม่เกินหกเดือน จำนวน 3 รูป
 - (ช) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับรองว่าผู้ดำเนินกิจการไม่เป็นโรคที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดตามมาตรา 16 (7) แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551
- (3) แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานที่นำเข้าเครื่องมือแพทย์ สถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์ และสิ่งปลูกสร้างที่อยู่ในบริเวณใกล้เคียงจำนวน 2 ชุด
- (4) แผนผังภายในบริเวณสถานที่นำเข้าและสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์ที่ถูกต้องตามมาตรา ส่วน จำนวน 2 ชุด
- (5) เอกสารของผู้ควบคุมการนำเข้าในกรณีเป็นเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา 6 (7)
- (ก) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
 - (ข) สำเนาทะเบียนบ้าน
 - (ค) สำเนาใบแสดงคุณวุฒิ
 - (ง) สัญญาว่าจ้างระหว่างผู้จดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าและผู้ควบคุมการนำเข้าเครื่องมือแพทย์
- (6) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

ลายมือชื่อ ผู้ยื่นคำขอ
()

หมายเหตุ: ให้ใส่เครื่องหมาย / ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

เอกสารแนบท้ายคำขอจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ (แบบ ส.น. 1)

ข้อ 1 (3) ขอบข่ายเครื่องมือแพทย์ที่นำเข้ามีดังนี้

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anesthesiology | <input type="checkbox"/> Nephrology |
| <input type="checkbox"/> Bariatric Services | <input type="checkbox"/> Neurology |
| <input type="checkbox"/> Bioterrorism and Emergency Preparedness | <input type="checkbox"/> Neurosurgery |
| <input type="checkbox"/> Cardiology | <input type="checkbox"/> Nursing Services |
| <input type="checkbox"/> Cardiothoracic Surgery | <input type="checkbox"/> Obstetrics |
| <input type="checkbox"/> Clinical Engineering | <input type="checkbox"/> Ophthalmology |
| <input type="checkbox"/> Clinical Laboratory | <input type="checkbox"/> Orthopedics |
| <input type="checkbox"/> Dentistry | <input type="checkbox"/> Otolaryngology |
| <input type="checkbox"/> Emergency Medicine | <input type="checkbox"/> Pathology |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterology | <input type="checkbox"/> Pediatrics |
| <input type="checkbox"/> Gynecology | <input type="checkbox"/> Perfusion |
| <input type="checkbox"/> Health Facility | <input type="checkbox"/> Physical Medicine |
| <input type="checkbox"/> Healthcare Information Technology | <input type="checkbox"/> Proctology |
| <input type="checkbox"/> Home Care | <input type="checkbox"/> Pulmonary Medicine |
| <input type="checkbox"/> Implants | <input type="checkbox"/> Radiology |
| <input type="checkbox"/> Intensive Care Unit | <input type="checkbox"/> Respiratory Care Services |
| <input type="checkbox"/> Internal Medicine | <input type="checkbox"/> Surgery |
| <input type="checkbox"/> Materials Management | <input type="checkbox"/> Urology |
| <input type="checkbox"/> Medical Genetics | <input type="checkbox"/> Veterinary |
| <input type="checkbox"/> Minimally Invasive Surgery | <input type="checkbox"/> Others |

ลงชื่อ.....ผู้ขอจดทะเบียน/ผู้ดำเนินการ

()

(ให้แจ้งรายการเครื่องมือแพทย์ที่จะนำเข้าโดยจัดทำเป็นเอกสารเพิ่มเติมต่อท้ายแบบ ส.น. 1)

ที่ติดรูปถ่าย
ผู้จดทะเบียน
สถานประกอบการ
นำเข้าเครื่องมือแพทย์
หรือผู้ดำเนินการ

ใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์

ใบจดทะเบียนที่...../.....

ใบจดทะเบียนสถานประกอบการฉบับนี้ให้ไว้แก่

โดยมี.....เป็นผู้ดำเนินการ เพื่อแสดงว่าเป็นผู้จดทะเบียน
สถานประกอบการของสถานที่นำเข้าเครื่องมือแพทย์ชื่อ.....
ตั้งอยู่เลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....

หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

สถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์แห่งที่ 1 ตั้งอยู่เลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....

หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

สถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์แห่งที่ 2 ตั้งอยู่เลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....

หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

สำหรับการนำเข้าเครื่องมือแพทย์.....

โดยมีผู้ควบคุมการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา 6(7) ดังนี้.....

ใบจดทะเบียนสถานประกอบการฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.....

และให้ใช้ได้เฉพาะสถานที่ที่ระบุไว้ในใบจดทะเบียนสถานประกอบการนี้เท่านั้น

ให้ไว้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลายมือชื่อ).....

ตำแหน่ง.....

ผู้อนุญาต

การต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการ

การต่ออายุครั้งที่ 1

ให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการฉบับนี้
จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.....
(ลายมือชื่อ).....

ตำแหน่ง.....

ผู้อนุญาต

...../...../.....

การต่ออายุครั้งที่ 2

ให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการฉบับนี้
จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.....
(ลายมือชื่อ).....

ตำแหน่ง.....

ผู้อนุญาต

...../...../.....

การต่ออายุครั้งที่ 3

ให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการฉบับนี้
จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.....
(ลายมือชื่อ).....

ตำแหน่ง.....

ผู้อนุญาต

...../...../.....

การต่ออายุครั้งที่ 4

ให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการฉบับนี้
จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.....
(ลายมือชื่อ).....

ตำแหน่ง.....

ผู้อนุญาต

...../...../.....

เลขที่รับ.....
วันที่.....
ผู้รับคำขอ.....
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

คำขอต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

ผู้จดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ ชื่อ

ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

โดยมี เป็นผู้ดำเนินการแทนนิติบุคคล (กรณีเป็นนิติบุคคล)

ได้รับใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์เลขที่.....

และสิ้นอายุวันที่ 31 ธันวาคม พ. ศ.

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์ดังกล่าว ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. พร้อมคำขอนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานมาด้วย คือ

- (1) ใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์หรือใบแทน
- (2) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นซึ่งใช้แทนบัตรประจำตัวประชาชนได้
- (3) สำเนาทะเบียนบ้าน
- (4) สำเนาหนังสือรับรองจากนายทะเบียนของนิติบุคคลนั้น ๆ แสดงวัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล ซึ่งออกมาแล้วไม่เกินหกเดือน (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)
- (5) เอกสารแสดงว่าเป็นผู้จัดการหรือผู้แทนซึ่งเป็นผู้ดำเนินการของนิติบุคคล (กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)
- (6) ใบรับรองผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับรองว่าผู้จดทะเบียนสถานประกอบการหรือผู้ดำเนินการไม่เป็นโรคที่รัฐมนตรีประกาศ กำหนดตามมาตรา 16(7) แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551
- (7) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

ลายมือชื่อ ผู้ยื่นคำขอ
()

เลขที่รับ..... วันที่..... ผู้รับคำขอ..... (สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)
--

- ย้าย
คำขอ
- เปลี่ยนแปลง

สถานที่นำเข้าหรือสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....

ผู้จดทะเบียนสถานประกอบการ ตามใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ เลขที่.....

ณ สถานที่นำเข้าเครื่องมือแพทย์ชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่..... ตรอก/ซอย.....

ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

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

มีความประสงค์

ขอย้าย

สถานที่นำเข้าเครื่องมือแพทย์

ไปอยู่เลขที่..... ตรอก/ซอย.....

ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

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

สถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์

จากเลขที่..... ตรอก/ซอย.....

ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

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

ไปอยู่เลขที่..... ตรอก/ซอย.....

ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

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

ขอเปลี่ยนแปลง

สถานที่นำเข้าเครื่องมือแพทย์

สถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์

พร้อมทั้งคำขอนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานมาด้วย คือ

- (1) ใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์หรือใบแทน
- (2) แผนที่แสดงที่ตั้งสถานที่นำเข้าหรือสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์แห่งใหม่และสิ่งปลูกสร้างที่อยู่บริเวณใกล้เคียงจำนวน 2 ชุด
- (3) แผนผังภายในบริเวณสถานที่นำเข้าหรือสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์แห่งใหม่ที่ต้องทำตามมาตราส่วนจำนวน 2 ชุด
- (4) เอกสารแสดงรายละเอียดของการเปลี่ยนแปลงสถานที่นำเข้าหรือสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์จำนวน 2 ชุด
- (5) เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

หมายเหตุ: ให้ใส่เครื่องหมาย / ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

เลขที่รับ.....
วันที่.....
ผู้รับคำขอ.....
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

คำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์

เขียนที่.....
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....

ผู้จดทะเบียนสถานประกอบการ ตามใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ เลขที่.....

ณ สถานที่นำเข้าเครื่องมือแพทย์ชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่..... ตรอก/ซอย.....

ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

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

ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการที่ได้จดทะเบียนสถานประกอบการไว้ ดังต่อไปนี้.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

พร้อมกับคำขอนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานมาด้วย คือ

- (1) ใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์หรือใบแทน
- (2) เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับรายการที่ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

เลขที่รับ.....
วันที่.....
ผู้รับคำขอ.....
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

คำขอรับใบแทนใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

ผู้จดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

โดยมี.....เป็นผู้ดำเนินการแทนนิติบุคคล(กรณีเป็นนิติบุคคล)

ขอรับใบแทนใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์เลขที่.....

สิ้นอายุวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. เนื่องจากใบจดทะเบียนสถานประกอบการฉบับเดิม

- สูญหาย
- ถูกทำลาย
- ชำรุด

พร้อมคำขอนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานมาด้วย คือ

- (1) ใบแจ้งความว่าใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์สูญหายของสถานีดำรวจ
แห่งท้องที่ที่ใบจดทะเบียนสถานประกอบการนั้นสูญหายในกรณีที่ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ
การสูญหาย
- (2) ใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ ในกรณีที่ใบจดทะเบียนสถาน
ประกอบการนั้นถูกทำลายบางส่วนหรือชำรุดในสาระสำคัญ
- (3) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นซึ่งใช้แทนบัตรประจำตัวประชาชนได้
- (4) สำเนาทะเบียนบ้าน
- (5) สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนแสดงวัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล
(กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)
- (6) เอกสารแสดงว่าเป็นผู้จัดการหรือผู้แทน ซึ่งเป็นผู้ดำเนินการของนิติบุคคล
(กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นนิติบุคคล)
- (7) รูปถ่ายครึ่งตัว หน้าตรง ไม่สวมหมวกของผู้จดทะเบียนสถานประกอบการหรือผู้ดำเนินการ
แล้วแต่กรณีขนาด 3 x 4 เซนติเมตร ซึ่งถ่ายมาแล้วไม่เกินหกเดือน จำนวน 2 รูป

ลายมือชื่อ ผู้ยื่นคำขอ

()

หมายเหตุ: ให้ใส่เครื่องหมาย / ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ