

# คู่มือระบบแจ้งเลิกกิจการ หรือไม่ต่ออายุ

ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ/ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

ผ่านเว็บไซต์ [Privus.fda.moph.go.th](http://Privus.fda.moph.go.th)

(ผู้ประกอบการ)



Browser Google chrome



Adobe acrobat dc



อัปเดตคู่มือวันที่ 8 ธ.ค. 2566

## 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> .....	10
1.3 เอกสารประกอบการยื่นขอใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ <u>กรณีพ้นระยะเวลาขายตามมาตรา 38 วรรคหนึ่ง</u> กรณีครบกำหนด 60 วันหลังเลิกกิจการหรือใบสิ้นอายุหรือไม่อนุญาตให้ต่ออายุ จะต้องยื่นแบบ ส.พ. ๓ ภายใน 15 วัน.....	16
2. เปิด OPEN ID ด้วยตนเอง (หากมีแล้วให้ข้ามไปขั้นตอนถัดไปได้เลย).....	18
3. การเปิดสิทธิระบบยกเลิกกิจการ หรือไม่ต่ออายุ ผ่านระบบ SKYNET FDA.....	23
4. การยื่นเอกสารผ่านระบบ SKYNET FDA .....	25
4.การเข้าใช้ระบบยื่นเอกสารแจ้งเลิกกิจการ หรือไม่ต่ออายุ .....	26
4.1 เข้าโปรแกรม Chrome.....	26
4.7 เลือก เลขใบที่ต้องการแจ้งเลิกกิจการ หรือไม่ต่ออายุ กดคลิก “เลือก” .....	29
4.8 เลือก “สถานที่(ใบจดทะเบียนสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์/ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์)” .....	29
4.9 การกรอกข้อมูลแบบ สพ.๑ กรณีแจ้งเลิกกิจการ .....	30
4.10 การกรอกข้อมูลแบบ สพ.๒ กรณีแจ้งไม่ต่ออายุ .....	47
4.11 การกรอกข้อมูลแบบ สพ.๓ กรณีใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ แจ้งพ้นกำหนดระยะเวลาขาย .....	65

# 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 5,000 บาท
3. การขายเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ >> เฉพาะกรณีขอใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ได้แก่
  1. ชุดตรวจที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี ประเภทเพื่อการวินิจฉัยภายนอกร่างกาย
  2. ถุงบรรจุโลหิตมนุษย์
  3. ผลิตภัณฑ์ที่มีสมบัติหนืดสำหรับใช้ในกระบวนการผ่าตัดตา
  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.	หนังสือรับรองบริษัทหรือใบทะเบียนการค้า (ออกไม่เกิน 6 เดือน)	ให้กรรมการบริษัทเป็นผู้มอบอำนาจลงลายมือชื่อและประทับตราตามเงื่อนไขบริษัทที่ระบุในหน้าหนังสือรับรองบริษัท
4.	หนังสือมอบอำนาจผู้ยื่นเอกสารการขอยกเลิก/ไม่ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเอียด ใบรับจดทะเบียนเครื่องมือแพทย์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้มอบอำนาจ และ ผู้รับมอบอำนาจ (หากเป็นบุคคลเดียวกันใช้เอกสารฉบับเดียว)	
กรณีใบจดทะเบียนสถานประกอบการ/ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ (ฉบับจริง หรือ ใบแทน) <b>สูญหาย</b> เตรียมเอกสารเพิ่มดังนี้		
5.	<b>ใบแจ้งความ</b> ที่แจ้งว่า “ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ นำเข้าหรือผลิต หรือ ใบอนุญาตขาย (เลือกแล้วแต่กรณี) เครื่องมือแพทย์ เลขที่ ..... ได้สูญหาย” ***เฉพาะกรณีใบยังไม่ได้อยู่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์เท่านั้น หากใบอยู่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์สามารถปริ้นท์จากระบบได้	* โดยผู้มีอำนาจตามหนังสือรับรองบริษัท ต้องเป็นผู้แจ้งความ ด้วยตนเอง ** กรณีผู้มีอำนาจตามหนังสือรับรองบริษัท <b>ไม่ได้เป็นผู้แจ้งความด้วยตนเอง</b> ให้แนบ (สำเนา) เอกสารการมอบอำนาจการ แจ้งความโดยให้ผู้อื่นกระทำแทนพร้อมสำเนาบัตรประชาชนผู้ มอบอำนาจและผู้รับมอบแนบท้ายเอกสารดังกล่าว

หมายเหตุ ในกรณีผู้ดำเนินการตามหน้าใบจดทะเบียนสถานประกอบการ/ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ต้องการรับรองเอกสารจะต้องจัดทำใบมอบอำนาจแต่งตั้งจากกรรมการตามเงื่อนไขบริษัทเพื่อให้มีอำนาจในการกระทำการแทนในเอกสาร

ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือขอยกเลิกใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์

เขียนที่ ..... ชื่อบริษัท/ร้านค้า.....

วันที่ .....วันที่ยื่นเอกสาร .....

เรื่อง ขอยกเลิกใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์เลขที่ .....เลขที่ใบจดทะเบียน.....

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

ตั้งอยู่เลขที่ .....ที่อยู่ตามหน้าใบจดทะเบียนสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์.....

มีความประสงค์ขอยกเลิกใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ ลำดับที่..... เลขใบจดทะเบียน.....

เนื่องจาก.....

.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจ/กรรมการบริษัท

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

\*หากมีหลายท่านต้องลงชื่อให้ครบ

ตราประทับ  
บริษัท (ถ้ามี)

ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือขอยกเลิกใบจดทะเบียนสถานประกอบการผลิตเครื่องมือแพทย์

เขียนที่ ..... ชื่อบริษัท/ร้านค้า.....

วันที่ ..... วันที่ขึ้นเอกสาร .....

เรื่อง ขอยกเลิกใบจดทะเบียนสถานประกอบการผลิตเครื่องมือแพทย์เลขที่ .....เลขที่ใบจดทะเบียน.....

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

ตั้งอยู่เลขที่ .....ที่อยู่ตามหน้าใบจดทะเบียนสถานประกอบการผลิตเครื่องมือแพทย์.....

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

เนื่องจาก.....

.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจ/กรรมการบริษัท

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

\*หากมีหลายท่านต้องลงชื่อให้ครบ

ตราประทับ  
บริษัท (ถ้ามี)



ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือขอยกเลิกใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

เขียนที่ ..... ชื่อบริษัท/ร้านค้า.....

วันที่ ..... วันที่ขึ้นเอกสาร .....

เรื่อง ขอยกเลิกใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์เลขที่ .....เลขที่ใบจดทะเบียน.....

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

ตั้งอยู่เลขที่ .....ที่อยู่ตามหน้าใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์.....

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 ใ้จคหะเบเยนสทงนประกอบการ ใบอนุญาต  
ใ้รับแจ้งรายการละเเอด ใบรับจคดแจ้ง เครื่องมือแพทย์

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

โดยหนังสือฉบับนี้.....  
ชื่อบริษัท / ร้านค้า (ชื่อนิติบุคคล)

สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่เลขที่..... ต.รอก/ชอย.....  
ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต..... อำเภอ/เขต.....  
กรอกที่อยู่สำนักงาน  
ใหญ่

โดยมี..... ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท

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

ส.บ.ช.ติ.....  
อยู่บ้านเลขที่..... ต.รอก/ชอย.....  
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....  
กรอกที่อยู่ตามทะเบียน  
บ้านที่อัปเดต  
หัวัด.....

โทร.....  
เลขประจำตัวประชาชน.....  
เลขประจำตัวประชาชน

บัตรประจำตัว..... เลขที่.....  
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 ให้มีอำนาจในการให้คำรับรองต่อเจ้าหน้าที่ แก้ไขเอกสาร เพิ่มเติมเอกสาร รับรองเอกสาร  
รับเอกสารคืน ตลอดจนดำเนินการอื่นใดที่จำเป็นเกี่ยวกับการขอยกเลิกใบจดทะเบียนสถานประกอบการ  
ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเเอด หรือใบรับจคดแจ้งเครื่องมือแพทย์ ดังกล่าวจนเสร็จการ

ข้อ 3 ขอยื่น แบบ ล.พ. ๑ /แบบ ล.พ. ๒/แบบ ล.พ. ๓ ของใบ..... เลขที่.....  
ระบุ "ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ/ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์" เลขที่ใบที่ต้องการแจ้ง

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

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

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

มอบอำนาจฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบโดยเสมือนว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำด้วยตัวเองทั้งสิ้น เพื่อเป็น

หลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ..... ผู้มอบอำนาจ

ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท

ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอำนาจ

( ชื่อ-สกุล ผู้กระทำแทน )

ลงชื่อ..... พยาน

( )

ลงชื่อ..... พยาน

( )

อากร  
แสตมป์  
10 บาท

ประทับตรา  
บริษัท (ถ้ามี)

พยานระบุให้ครบ 2 คน

1.2 เอกสารประกอบการยื่นขอยกเลิก กรณีแจ้งไม่ต่ออายุหรือผู้  
อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุ เมื่อใบจดทะเบียนสถาน  
ประกอบการ/ใบอนุญาตขาย สิ้นอายุแล้ว

เอกสารที่ต้องใช้ กรณีแจ้งไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุ  
เมื่อใบจดทะเบียนสถานประกอบการ/ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ สิ้นอายุแล้ว

ลำดับ	รายการเอกสาร	หมายเหตุ
1.	หนังสือแจ้งยืนยันจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อไม่ต่ออายุ	
2.	ใบจดทะเบียนสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์/ใบอนุญาตขายฉบับจริงหรือสำเนา (ถ้ามี)	
3.	หนังสือรับรองบริษัทหรือใบทะเบียนการค้า (ออกไม่เกิน 6 เดือน)	
4.	หนังสือมอบอำนาจผู้ยื่นเอกสารขอยกเลิก/ไม่ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเอียด ใบรับจดแจ้ง เครื่องมือแพทย์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้มอบอำนาจ และ ผู้รับมอบอำนาจ (หากเป็นบุคคลเดียวกันใช้เอกสารฉบับเดียว)	ให้กรรมการบริษัทเป็นผู้มอบอำนาจลงลายมือชื่อและประทับตราตามเงื่อนไขบริษัทที่ระบุในหน้าหนังสือรับรองบริษัท

หมายเหตุ ในกรณีผู้ดำเนินการตามหน้าใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ต้องการรับรองเอกสารจะต้องจัดทำ  
ใบมอบอำนาจแต่งตั้งจากกรรมการตามเงื่อนไขบริษัทเพื่อให้มีอำนาจในการกระทำการแทนในเอกสาร

ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือแจ้งไม่ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์

เขียนที่ ..... ชื่อบริษัท/ร้านค้า.....

วันที่ ..... วันที่ยื่นเอกสาร .....

เรื่อง หนังสือแจ้งขึ้นจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อไม่ต่ออายุ

ใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ เลขที่ .....เลขที่ใบจดทะเบียน.....

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

ตั้งอยู่เลขที่ .....ที่อยู่ตามหน้าใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์.....

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจ/กรรมการบริษัท

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

\*หากมีหลายท่านต้องลงชื่อให้ครบ

ตราประทับ  
บริษัท (ถ้ามี)

## ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือแจ้งไม่ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการผลิตเครื่องมือแพทย์

เขียนที่ ..... ชื่อบริษัท/ร้านค้า.....

วันที่ ..... วันที่ยื่นเอกสาร .....

เรื่อง หนังสือแจ้งขึ้นจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อไม่ต่ออายุ  
ใบจดทะเบียนสถานประกอบการผลิต เครื่องมือแพทย์ เลขที่ .....เลขที่ใบจดทะเบียน.....

ตามที่ข้าพเจ้า.... ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขบริษัท /ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์.....ผู้มีอำนาจ/กรรมการบริษัท  
ในนาม..... ชื่อบริษัท/ร้านค้า .....  
ตั้งอยู่เลขที่ .....ที่อยู่ตามหน้าใบจดทะเบียนสถานประกอบการผลิตเครื่องมือแพทย์.....  
มีความประสงค์ขอไม่ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการผลิตเครื่องมือแพทย์ เลขที่..... เลขใบจดทะเบียน.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจ/กรรมการบริษัท

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

\*หากมีหลายท่านต้องลงชื่อให้ครบ

ตราประทับ  
บริษัท (ถ้ามี)

## ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือแจ้งไม่ต่ออายุใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

เขียนที่ ..... ชื่อบริษัท/ร้านค้า.....

วันที่ ..... วันที่ยื่นเอกสาร .....

เรื่อง หนังสือแจ้งขึ้นจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อไม่ต่ออายุ  
ใบอนุญาตขาย เครื่องมือแพทย์ เลขที่ .....เลขที่ใบอนุญาตขาย.....

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

ตั้งอยู่เลขที่ .....ที่อยู่ตามหน้าใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์.....

มีความประสงค์ขอไม่ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการผลิตเครื่องมือแพทย์ เลขที่..... เลขใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจ/กรรมการบริษัท

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

\*หากมีหลายท่านต้องลงชื่อให้ครบ

ตราประทับ  
บริษัท (ถ้ามี)

ตัวอย่างหนังสือมอบอำนาจเพื่อเป็นผู้ยื่นขอยกเลิก/แจ้งไม่ต่ออายุ เครื่องมือแพทย์

กระดาษหัวบริษัท

หนังสือมอบอำนาจผู้ยื่นเอกสารการขอยกเลิก/ไม่ต่ออายุ ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต

ชื่อบริษัท / ร้านค้า

ใบรับแจ้งรายการละเมิด ใบรับจดแจ้ง เครื่องมือแพทย์

วันที่มายื่นเอกสาร

ที่.....

ชื่อบริษัท / ร้านค้า

วันที่

โดยหนังสือฉบับนี้..... (ชื่อนิติบุ	กรอกที่อยู่สำนักงาน	.....
สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่เลขที่.....	ต.รอก/ซอย.....	.....
ถนน.....	หมู่ที่.....	.....
.....	ตำบล/แขวง.....	.....

อำเภอ/เขต..... ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท.....  
โดยมี.....

เลขนิติบุคคล 13 หลัก หรือเลขประจำตัวประชาชนในทะเบียนพาณิชย์..... เลขที่.....  
..... เลขที่.....  
..... ชื่อ-สกุล ผู้กระทำการ..... จดทะเบียนวันที่..... ขอมอบอำนาจ  
และแต่งตั้งให้..... อายุ..... ปี

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

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 หรือใบรับจดแจ้งเครื่องมือแพทย์ ดังกล่าวจนเสร็จการ

ข้อ 3 ขอแจ้งเลิกกิจการ/ไม่ต่ออายุของใบ..... ระบุ "ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ/ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์" เลขที่.....

ข้อ 4 การมอบอำนาจดังกล่าวนี้ให้ใช้ได้ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เลขที่ใบที่ต้องการแจ้ง  
ถึงวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... (ไม่เกิน 90 วัน นับตั้งแต่วันที่มอบอำนาจ)

กิจการใดที่..... (ระบุชื่อผู้รับมอบอำนาจ)..... ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามขอบเขตแห่งหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองโดยเสมือนว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำด้วยตัวเองทั้งสิ้น เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

อากร  
แสตมป์  
10 บาท

ประทับตรา  
บริษัท (ถ้ามี)

ลงชื่อ..... ผู้มอบอำนาจ

(.....)  
ลงชื่อ..... ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท

ลงชื่อ..... พยาน  
(.....) ชื่อ-สกุล ผู้กระทำการ

ลงชื่อ..... พยาน  
(.....)

พยานระบุให้ครบ 2 คน



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

### **ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ ดังต่อไปนี้**

1. ชุดตรวจที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี ประเภทเพื่อการวินิจฉัยภายนอกร่างกาย
2. ถุงบรรจุโลหิตมนุษย์
3. ผลิตภัณฑ์ที่มีสมบัติหนึ่งสำหรับใช้ในกระบวนการผ่าตัดตา
4. ผลิตภัณฑ์ฟอกสีฟัน
5. เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกาย
6. กรดไฮยาลูโรนิกชนิดฉีดเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องของผิวหนัง

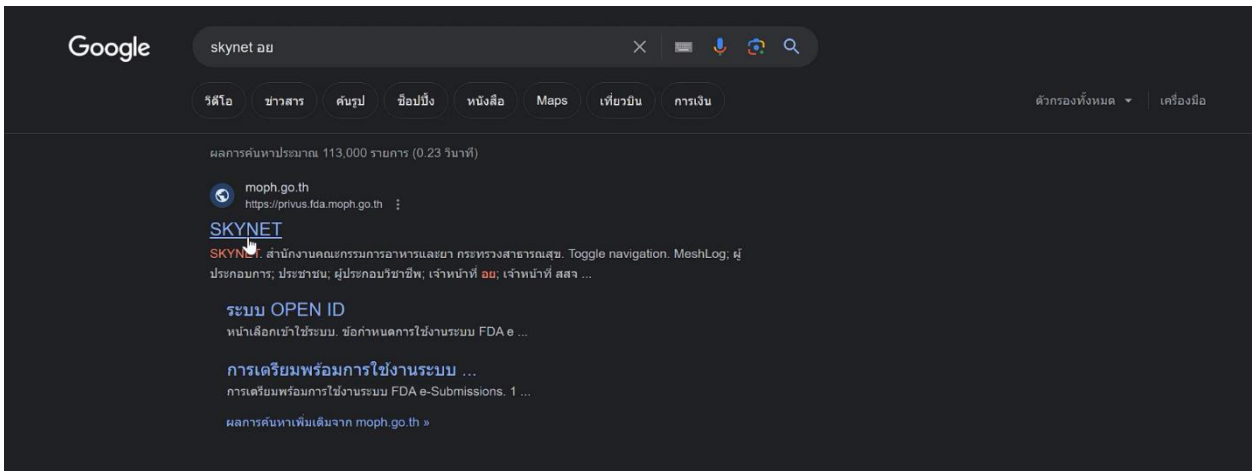
ลำดับ	รายการเอกสาร	หมายเหตุ
1.	ไม่ต้องแนบเอกสาร กรอกแค่แบบ ลพ.3 ในระบบ	

## 2. เปิด Open ID ด้วยตนเอง

(หากมีแล้วให้ข้ามไปขั้นตอนถัดไปได้เลย)

1.เปิด Open ID ด้วยตนเอง (หากเคยสมัครแล้วให้ดำเนินการขั้นต่อไป)

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/ชื่อใช้งาน :

รหัสผ่าน : ลืมรหัสผ่าน ?

## 1.4. คลิกที่ ยินยอม

เรื่องหลักนิติธรรมด้านการพิสูจน์ยืนยันตัวตนทางดิจิทัล (Digital ID Service) ที่สามารถเข้าใช้ระบบคนไทยผ่าน ทุกระบบโดยอัตโนมัติซึ่งเข้าใช้ระบบเช่นนี้ ซึ่งบริการดังกล่าวจะมีการตรวจสอบและพิจารณาว่าปลอดภัยสำหรับการให้บริการหรือไม่

ซึ่งในข้อตกลงการให้บริการนี้ มี

"ผู้ให้บริการ" หมายถึง บริษัท กิจการพิเศษ หรือภาคี (องค์การมหาชน)

"ผู้ใช้บริการ" หมายถึง ผู้สมัครใช้บริการพิสูจน์ยืนยันตัวตนทางดิจิทัล

"บริการ" หมายถึง บริการพิสูจน์ยืนยันตัวตนทางดิจิทัล

ผู้ให้บริการขอสงวนสิทธิ์ในการได้มาซึ่งข้อมูลโดยอัตโนมัติดังต่อไปนี้

1. ผู้ให้บริการขอสงวนสิทธิ์ในการใช้ข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ต่าง ๆ เช่น ใช้ในการกำหนด โดยการใช้บริการจะไม่เปิดเผยข้อมูลใด ๆ ทั้งปวง ทั้งนี้ ผู้ให้บริการสามารถให้บริการได้ทั้งการขอข้อมูลจากผู้ใช้บริการหรือขอข้อมูลจากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง
2. ผู้ให้บริการขอสงวนสิทธิ์ในการขอข้อมูลเกี่ยวกับผู้ใช้บริการตามจำเป็น เพื่อป้องกันการให้บริการ หากผู้ใช้บริการตรวจพบว่ามีข้อมูลส่วนตัวหรือข้อมูลอื่นที่เกี่ยวกับผู้ใช้บริการที่ผิดปกติ ไม่ถูกต้อง หรือไม่เพียงพอแล้ว ไม่ว่าผู้ใช้บริการจะให้ข้อมูลอันมีความปลอดภัยและความปลอดภัยตาม ผู้ให้บริการมีสิทธิ์ที่จะขอข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ให้บริการโดยอัตโนมัติก่อนการดำเนินการ
3. ในการใช้บริการบางกรณี ผู้ให้บริการจะส่งค่าการยืนยันตัวตนโดยใช้ e-Mail หรือหมายเลขโทรศัพท์ประจำตัวประชาชน 13 หลัก ตามที่ผู้ใช้บริการกำหนด
4. ห้ามเปิดเผยข้อมูลหรือการขาดไป ว่าเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล โดยการเปิดเผยข้อมูลซึ่งใช้ในการให้บริการหรือการส่งข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งผู้ให้บริการจำเป็นต้องส่งข้อมูลดังกล่าว ต้องรับโทษตามที่กฎหมายกำหนด
5. ผู้ให้บริการขอสงวนสิทธิ์ในการใช้ข้อมูลและการสมัครใช้บริการหรือลงทะเบียนของทางต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงบริการได้

ข้าพเจ้าได้อ่านและยินยอมให้บุคคลตามเงื่อนไขข้อตกลงการให้บริการนี้

## 1.5. กรอก เลขบัตรประชาชน และ คลิกที่ เลเซอร์โค้ดหลังบัตรประชาชน > คลิก ถัดไป

1. เลือกช่องทางราชการทะเบียน

เลือกประเภทการพิสูจน์ตัวตน

เลเซอร์โค้ดหลังบัตรประชาชน  
สามารถยื่นหลักฐานได้ (M, 1.3)

แอปพลิเคชัน ThaiID  
สามารถยื่นหลักฐานได้ (M, 2.3)

## 1.6. กรอกข้อมูลและคลิกที่ ยืนยันตัวตน

ชื่อจริง (ภาษาไทย) (ไม่รองรับชื่อนามสกุล)

ชื่อกลาง (ภาษาไทย) (ถ้ามี)

นามสกุล (ภาษาไทย)

วัน เดือน ปีเกิด

ตัวอย่าง เลเซอร์โค้ดหลังบัตรประชาชน

รหัสเลขเซอร์

## 1.7. ตั้ง Username และ Password คลิก ถัดไป

Digital ID

### 2. กรอกข้อมูลผู้ลงทะเบียน

ชื่อจริง (ภาษาไทย) (ไม่คล้องรูปถ่ายหน้าชื่อ)   ชื่อกลาง (ภาษาไทย) (ถ้ามี)   นามสกุล (ภาษาไทย)

วันเดือนปีเกิด

บัญชีใช้งาน (Username)

รหัสผ่าน (Password)   ยืนยันรหัสผ่าน (Password)

## 1.8. กรอก เบอร์โทรศัพท์มือถือ คลิกที่ ขอรหัส OTP ทาง SMS

ลงทะเบียน  
One account. All of Services.

### 3. ยืนยันเบอร์โทรศัพท์มือถือ

ดำเนินการยืนยันเบอร์โทรศัพท์มือถือ

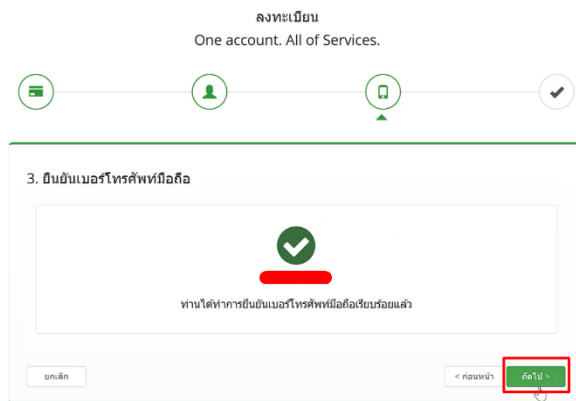
## 1.9. กรอก รหัส OTP และคลิกที่ ยืนยันเบอร์โทรศัพท์มือถือ

### 3. ยืนยันเบอร์โทรศัพท์มือถือ

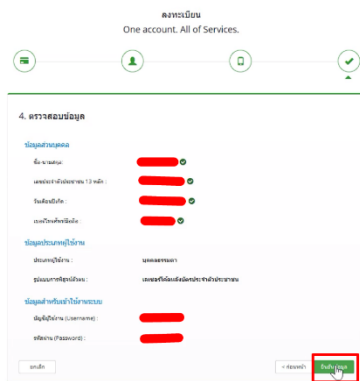
รหัส OTP ใหญ่จะหมดอายุภายใน 0:21 ดำเนินการยืนยันเบอร์โทรศัพท์มือถือ

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

1.10. เมื่อยืนยันเรียบร้อยแล้ว คลิก **ถัดไป**



1.11. ตรวจสอบข้อมูลและคลิก **ยืนยันข้อมูล**



3. การเปิดสิทธิ์ระบบยกเลิกกิจการ หรือไม่ต่ออายุ  
ผ่านระบบ Skynet fda



3. เปิดสิทธิ์เพื่อเข้าใช้งาน E-Submission ระบบยกเลิกกิจการ หรือไม่ต่ออายุ

เอกสารที่ต้องจัดเตรียมเพื่อเปิดสิทธิ์ E-submission ประกอบด้วย

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

\* หนังสือมอบอำนาจพร้อมติดอากรแสตมป์ 30 บาท และประทับตราบริษัท (ถ้ามี)

\*\* ข้อมูลที่อยู่ของผู้ยื่นที่กรอกในใบมอบอำนาจจะต้องเป็นที่อยู่ปัจจุบันตามทะเบียนบ้าน

3.2 หนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล (กรณีนิติบุคคล โดยออกมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน) หรือ สำเนาใบทะเบียนพาณิชย์ (กรณีบุคคลธรรมดา) พร้อมรับรองสำเนาและประทับตราบริษัท (ถ้ามี)

3.3 **ตัวจริง** ใบจดทะเบียนสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์ กรณีต้องการแจ้งเลิกกิจการและใบยังไม่อยู่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

#### หมายเหตุ

1. สแกนชุดเอกสาร ข้อ 3.1 เพื่อใช้แนบในระบบในหัวข้อหนังสือมอบอำนาจผู้ยื่นเอกสาร

2. สแกนเอกสารข้อ 3.2 เพื่อใช้แนบในระบบในหัวข้อหนังสือรับรองบริษัท

\* โดยการสแกนใบมอบอำนาจต้องใช้ฉบับจริงในการสแกน

\*\* scan เก็บไว้ในรูปแบบไฟล์ PDF และ scan เป็นไฟล์สี

3. ผู้ดำเนินการตามหน้าใบจดทะเบียนจะต้องได้รับมอบอำนาจตามเงื่อนไขบริษัทเท่านั้น จึงจะสามารถเป็นผู้ยื่นเอกสารในระบบได้

สามารถยื่นหนังสือมอบอำนาจได้ที่กองควบคุมเครื่องมือแพทย์ อาคาร 6 ชั้น 3 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือส่งเอกสารทางไปรษณีย์มาที่

กองควบคุมเครื่องมือแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

( เปิดสิทธิ์ e-submission เพื่อยื่นระบบแจ้งเลิกกิจการ หรือไม่ต่ออายุ)

เลขที่ 88/24 อาคาร 6 ชั้น 3 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

(2) \*หากมีข้อสงสัยเพิ่มเติมสามารถโทรสอบถามได้ที่เบอร์ 0-2590-7045 หรือแอดไลน์ที่ @371eojnr

(\*เฉพาะเรื่องการเปิดสิทธิ์และปัญหาเกี่ยวกับระบบ E-submission เท่านั้น)

เมื่อเจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารตัวจริงและตรวจสอบความถูกต้องเรียบร้อยแล้ว จะทำการเปิดสิทธิ์เพื่อใช้ในการยื่นเอกสารต่อไป

## 4. การยื่นเอกสารผ่านระบบ Skynet fda

#### 4.การเข้าใช้ระบบยื่นเอกสารแจ้งเลิกกิจการ หรือไม่ต่ออายุ

4.1 เข้าโปรแกรม Chrome >> search “skynet” หรือเข้า website

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



\* ต้องยื่นผ่าน 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
- สาขาแก้ไขเปลี่ยนแปลงจดทะเบียนสถานประกอบการ/ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์
- นำเข้าเครื่องมือแพทย์ทั่วไป
- ผลิตภัณฑ์ส่งออกเครื่องมือแพทย์
- ระบบคุณภาพการผลิตเครื่องมือแพทย์ (GMP)
- เพิ่มข้อมูลผลิตภัณฑ์เฉพาะผู้ผลิต (ส.ผ)
- ระบบรายงานต้านมเทียม
- 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 (ลบก)	ดูรายละเอียด
							<a href="#">ดูข้อมูล</a>

#### 4.7 เลือก เลขใบที่ต้องการแจ้งเลิกกิจการ หรือไม่ต่ออายุ กดคลิก “เลือก”

รายการสถานที่

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

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

#### 4.8 เลือก “สถานที่(ใบจดทะเบียนสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์/ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์)”

สถานที่  
(ใบจดทะเบียนสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์/ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์)

ผลิตภัณฑ์  
(ใบแจ้งรายการละเอียด/ใบอนุญาต/ใบจดทะเบียน)

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 (กรณียกเลิกก่อนใบสำคัญสิ้นสุดอายุ)

ไม่ต่ออายุ (กรณีใบสำคัญสิ้นสุดอายุแล้ว)

โดย

มีเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่

ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่

หมายเหตุแจ้งการยกเลิกกิจการหรือไม่ต่ออายุ (ถ้ามี)

ตัวอย่างการแบบ ล.พ.1 ที่จะแสดงผ่านระบบหลังจากกรอกข้อมูล

แบบ ล.พ. ๑

เลขวันที่.....  
วันที่.....  
ผู้รับคำขอ.....  
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

หนังสือแจ้งเลิกกิจการ จำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ของ  
ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเอียด หรือใบรับจดทะเบียน  ผลิตภัณฑ์  นำเข้า  ขยาย เครื่องมือแพทย์

วันที่..... วันที่ยื่นเอกสาร.....

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว)..... ชื่อกรรมการบริษัทตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท / 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..... โดย  ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่  มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่และเก็บไว้ ณ สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์  
ตั้งรายละเอียดต่อไปนี้ วันที่ต้องนำรายการเลิกใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์อาจจะเป็นวันเดียวกับวันที่มายื่นหรือวันที่ยกเลิกกิจการไม่เกิน 30 วัน นับจากวันที่ยื่น

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

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



4.9.1

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

### ข้าพเจ้า

- เจ้าของกิจการ : กรรมการตามเงื่อนไขบริษัท**
- ผู้ดำเนินการ

กรุณากรอกชื่อ เจ้าของกิจการ  
**นางสมศรี ใจดี , นายสมคิด ใจดี**

**หนังสือรับรอง**  
 สำนักงานทะเบียนหุ้นส่วนบริษัทกรุงเทพมหานคร  
 กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์

ขอรับรองว่าบริษัท ได้จดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ เมื่อวันที่ **11 เมษายน 2563** ทะเบียนนิติบุคคลเลขที่ **011555000000**

ปรากฏข้อความในรายการตามเอกสารทะเบียนนิติบุคคล ณ วันออกหนังสือ ดังนี้

- ชื่อบริษัท **บริษัท เอ จำกัด** จำกัด
- กรรมการของบริษัทมี 3 คน ตามรายชื่อต่อไปนี้
  - นางสมศรี ใจดี
  - นายสมคิด ใจดี
  - นายสมหมาย ใจดี
- จำนวนหรือชื่อกรรมการซึ่งออกหากินบริษัทได้คือ **กรรมการสองคนลงลายมือชื่อและประทับตราสำคัญของบริษัท**
- ทุนจดทะเบียน 5,000,000 บาท / จำค่าชำระ/
- สำนักงานใหญ่ ตั้งอยู่เลขที่ **9999 ถนน สีวนนท์ ตำบลชวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี**
- วัตถุประสงค์ของบริษัทมี 25 ข้อ ซึ่งปรากฏในส่วนเอกสารแนบท้ายหนังสือรับรองนี้ จำนวน 2 แผ่น โดยมีลายมือชื่อของนายทะเบียนซึ่งรับรองเอกสารแนบมาสำหรับนายทะเบียนหุ้นส่วนบริษัทเป็นสำคัญ

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

ส่วนที่ต้อง  
 บริษัท เอ จำกัด

ส่วนที่ต้อง  
 (นายสมคิด ใจดี) (นางสมศรี ใจดี)

กรรมการ 2 คนลงลายมือชื่อ  
 และ ประทับตราบริษัท  
 ตามเงื่อนไขข้อ 3 ตามตัวอย่างข้างต้น

ดำเนินการ : อยู่ใต้ตรารองสมเด็จพระราชินาแห่งอิตาลีที่บริเวณถนนรัชดาภิเษก  
**DBD**  
 กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ  
 Department of Business Development  
 Ministry of Commerce  
 1570 ถนนรัชดาภิเษก  
 โทร. 02 528 7600

ตัวอย่างการแสดงผลแบบ ส.พ.1 ที่จะแสดงผ่านระบบหลังจากกรอกข้อมูล

แบบ ส.พ. ๑

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

หนังสือแจ้งเลิกกิจการ จำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ของ  
 ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใรับแจ้งรายการละเมิด หรือใบรับจดทะเบียน  ผลิต  นำเข้า  ขาย เครื่องมือแพทย์

วันที่ ..... **วันที่ยื่นเอกสาร**

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

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

ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ เลขที่ ..... เลขที่ใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์  
 ใบอนุญาต จำนวน ..... ฉบับ เลขที่ .....

ใบรับแจ้งรายการละเมิด จำนวน ..... ฉบับ เลขที่ .....

ใบรับจดทะเบียน จำนวน ..... ฉบับ เลขที่ .....

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

ตั้งรายละเอียดต่อไปนี้ **วันที่ต้องกรอกเลิกใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์อาจจะเป็นวันเดียวกับวันที่มายื่นหรือวันที่ยกเลิกกิจการไม่เกิน 30 วัน นับจากวันที่มายื่น**

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

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

4.9.1

2. การเลือกผู้มอบอำนาจในการยื่นแจ้งเลิกกิจการ กรณีผู้มอบอำนาจเป็น ผู้ดำเนินกิจการตามหน้าใบจดทะเบียนสถานประกอบการ/ ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ (เฉพาะกรณีผู้ดำเนินกิจการได้รับมอบอำนาจจากกรรมการตามเงื่อนไขบริษัทให้เป็นผู้ยื่นเรื่องแทนตามเอกสารมอบอำนาจผู้ยื่นคำขอ

เจ้าของกิจการ : กรรมการตามเงื่อนไขบริษัท

ผู้ดำเนินกิจการ

กรณารกรอกชื่อ ผู้ดำเนินกิจการ

นางสมศรี ใจดี

หนังสือมอบอำนาจผู้ยื่นเอกสารขอยกเลิก/ไม่ต่ออายุ ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต  
ใบรับแจ้งรายการละเมิด ใบรับจดทะเบียน เครื่องมือแพทย์

ที่ ชื่อบริษัท / ร้านค้า  
วันที่ วันที่ยื่นเอกสาร

โดยหนังสือฉบับนี้ ชื่อบริษัท / ร้านค้า (ผู้มอบอำนาจ)

สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....กรอกที่อยู่สำนักงาน.....  
ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

โดยมี.....ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขหนังสือรับรองบริษัท.....  
เป็นผู้มีอำนาจจัดการแทนนิติบุคคลปรากฏตามหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคลกระทรวงพาณิชย์ เลขที่.....  
เลขนิติบุคคล 13 หลัก หรือเลขประชาชนในทะเบียนพาณิชย์.....จังหวัด.....จดทะเบียนวันที่.....จึงจดทะเบียนบริษัท/พาณิชย์.....ขอมอบอำนาจ  
และแต่งตั้งให้.....ชื่อ สกล ผู้กระทำแทน.....อายุ.....ปี  
สืบพหุวิ.....

ผู้รับแจ้งเลิกกิจการ.....ตรอก/ซอย.....กรอกที่อยู่ตามทะเบียน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ปัดประจําตัว.....ระบุ "ประชาชน".....เลขที่.....เลขประจำตัวประชาชน.....  
ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....หมตอายุ.....  
เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการดังนี้

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

ข้อ 2 ให้มีอำนาจในการให้คำรับรองคำต่อเจ้าหน้าที่ แก่ไขเอกสาร เพิ่มเติมเอกสาร รับรองเอกสาร  
รับเอกสารคืน ตลอดจนดำเนินการอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับการขอยกเลิกใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเมิด  
หรือใบรับจดทะเบียนเครื่องมือแพทย์ ดังกล่าวจนเสร็จการ.....ระบุ "ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ/ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์"

ข้อ 3 ขอแจ้งเลิกกิจการ/ไม่ต่ออายุของใบ.....เลขที่.....เลขที่ใบที่ต้องการแจ้ง  
ข้อ 4 การมอบอำนาจดังกล่าวนี้ให้ใช้ได้ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....ปี.....พ.ศ.....  
ถึงวันที่.....เดือน.....ปี..... (ไม่เกิน 90 วัน นับตั้งแต่วันที่มอบอำนาจ)  
กิจการใดที่.....(ระบุข้อผู้รับมอบอำนาจ).....ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามขอบเขตแห่งหนังสือ  
มอบอำนาจฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบโดยเสมือนว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำด้วยตัวเองทั้งสิ้น เพื่อเป็น  
หลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ  
ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขหนังสือรับรองบริษัท  
ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....ชื่อ สกล ผู้กระทำแทน.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(..... )  
ลงชื่อ.....พยาน  
(..... )

พยานระบุให้ครบ 2 คน

อากร  
แสตมป์  
10 บาท

ประทับตรา  
บริษัท

ตัวอย่างการแสดงผลแบบ ล.พ.1 ที่จะแสดงผ่านระบบหลังจากกรอกข้อมูล

แบบ ล.พ. ๑

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

หนังสือแจ้งเลิกกิจการ จำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ของ  
ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเมิด หรือใบรับจดทะเบียน  ผลิต  นำเข้า  ขาย เครื่องมือแพทย์

วันที่.....วันที่ยื่นเอกสาร

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....ชื่อกรรมการบริษัทตามเงื่อนไขหนังสือรับรองบริษัท / ชื่อบุคคลตามทะเบียนพาณิชย์..... เจ้าของกิจการ / ผู้ดำเนินกิจการ  
ในนามของ (ชื่อนิติบุคคล / บุคคลธรรมดา).....ชื่อบริษัท / ร้านค้า..... ผู้จดทะเบียนสถานประกอบการ / ผู้รับอนุญาต / ผู้แจ้งรายการละเมิด / ผู้จดทะเบียนแจ้ง  
ขอแจ้งเลิกกิจการ  ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ เลขที่.....เลขที่ใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์.....  
 ใบอนุญาต จำนวน.....ฉบับ เลขที่.....  
 ใบรับแจ้งรายการละเมิด จำนวน.....ฉบับ เลขที่.....  
 ใบรับจดทะเบียน จำนวน.....ฉบับ เลขที่.....

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....ปี.....พ.ศ..... โดย  ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่  มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่และเก็บไว้ ณ สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์  
ตั้งรายการละเมิดต่อไปนี้ วันที่ต้องยกเลิกใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์อาจจะเป็นวันเดียวกับวันที่มียื่นหรือวันที่ยกเลิกกิจการไม่เกิน 30 วัน นับจากวันที่มียื่น

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

(ลายมือชื่อ).....เจ้าของกิจการ / ผู้ดำเนินกิจการ  
(.....)  
ชื่อกรรมการบริษัท ตามเงื่อนไขหนังสือรับรองบริษัท  
/ ชื่อบุคคลตามทะเบียนพาณิชย์

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 หรือใบรับจดแจ้ง  ผลึก  นำเข้า  ขยาย 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 วันที่ต้องยกเลิกใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์จะเป็นวันเดียวกับวันที่มายื่นหรือวันที่ยกเลิกกิจการไม่เกิน 30 วัน นับจากวันที่มายื่น

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

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

#### 4.9.4 เลือกว่า “มี/ไม่มีเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่”

โดย

มีเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่

ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่

**ตัวอย่างการแสดงผลแบบ ล.พ.1 ที่จะแสดงผ่านระบบหลังจากกรอกข้อมูล**

แบบ ล.พ. ๑

เลขรับที่.....  
วันที่.....  
ผู้รับค่าจอ.....  
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

หนังสือแจ้งเลิกกิจการ จำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ของ  
ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเอียด หรือใบรับจดแจ้ง  ผิด  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  
ดังรายละเอียดต่อไปนี้ **วันที่ต้องกรอกรายละเอียดใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์อาจจะเป็นวันเดียวกับวันที่ยื่นหรือวันที่ยื่นเลิกกิจการไม่เกิน 30 วัน นับจากวันที่ยื่น**

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

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

#### 4.9.5 ระบุ “หมายเหตุแจ้งการยกเลิกกิจการหรือไม่ต่ออายุ (ถ้ามี)” กรอกหรือไม่กรอกก็ได้

หมายเหตุแจ้งการยกเลิกกิจการหรือไม่ต่ออายุ (ถ้ามี)

#### 4.9.6 คลิก “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

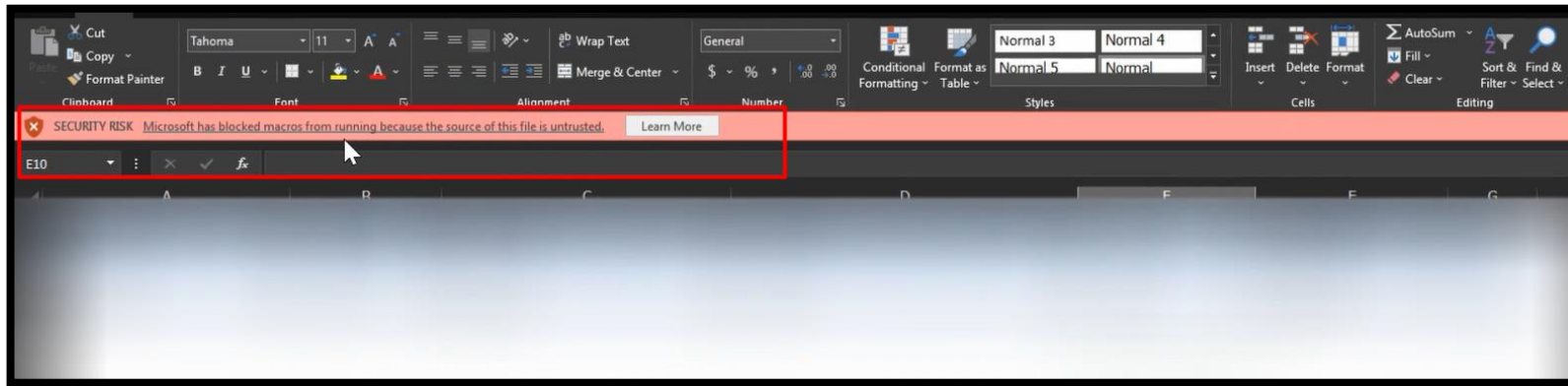
กรุณาแนบไฟล์ XML

กลับ บันทึก

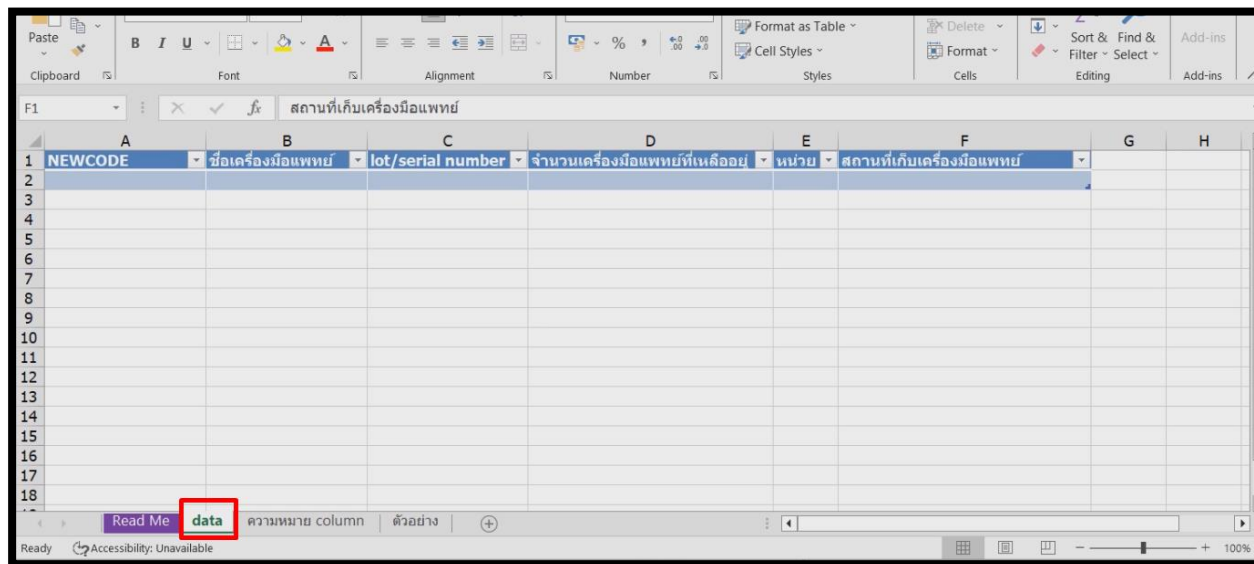
ในกรณีที่เปิดไฟล์แล้วพบปัญหา Security risk ในดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำที่ได้แจ้งไว้

เงื่อนไขการทำ Excel template :

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



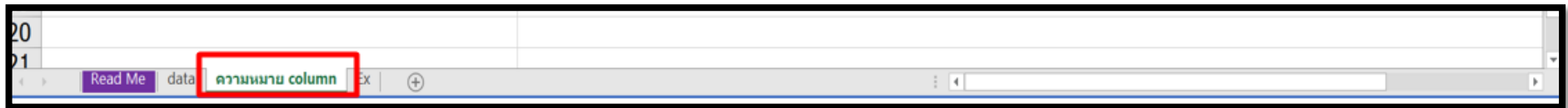
#### 4.9.7.2 กต DATA



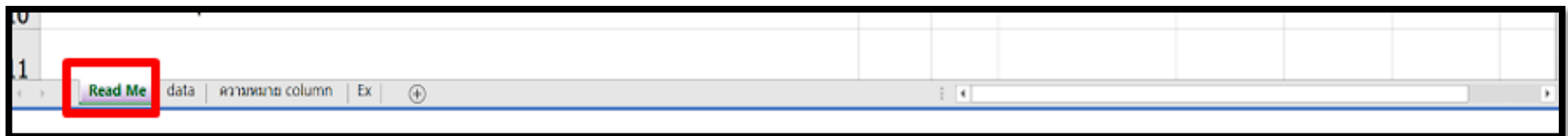
#### 4.9.7.3 กรอกข้อมูลในช่องสีฟ้า

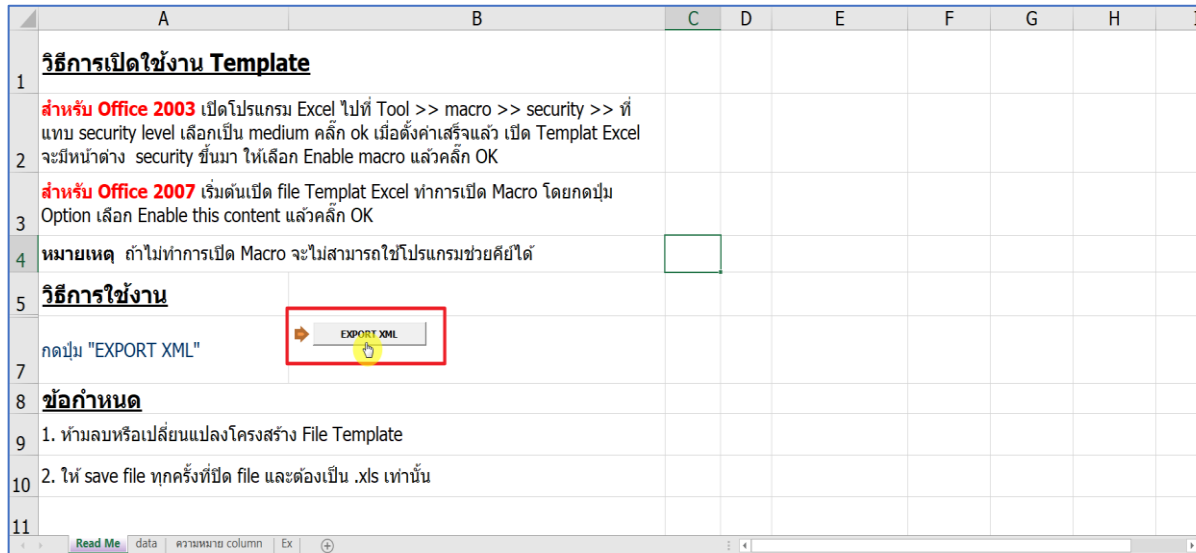
	A	B	C	D	E	F	G
1	NEWCODE	ชื่อเครื่องมือแพทย์	lot/serial number	จำนวนเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่	หน่วย	สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์	
2	U1MC0001026525991200018914C	test	test	test	PC	test	
3	U1MC0001026525991200019015C	test	test	test	PC	test	
4	U1MC0001026525991200019116C	test	test	test	PC	test	
5							
6							
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 :

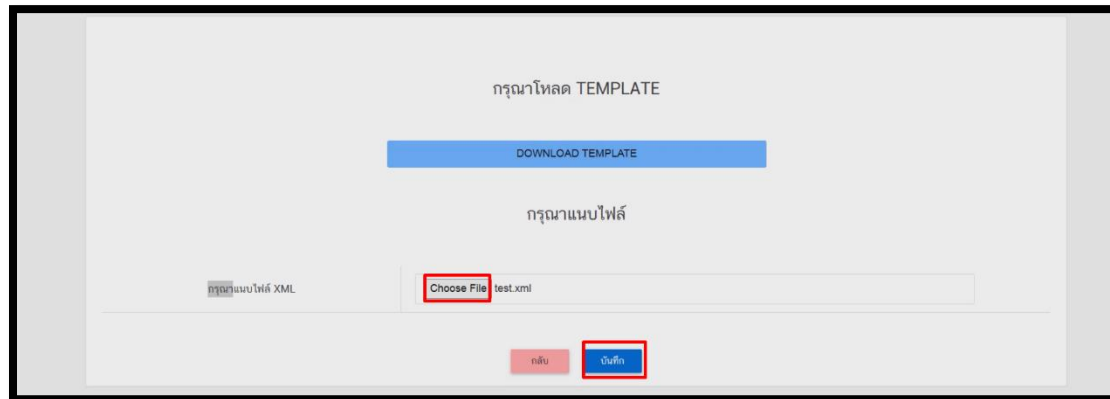
<https://drive.google.com/file/d/1lh6NKjV1VOg1s8bIC5bz2lG9Euf1Ci1U/view?usp=sharing>

หรือแจ้งปัญหาไปที่ email [esubmdcd@gmail.com](mailto:esubmdcd@gmail.com) หรือ Line : @371eojnr

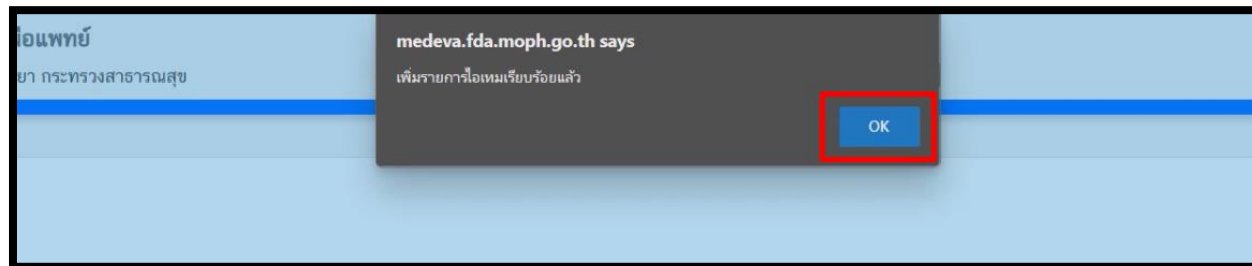


#### 4.9.7.5 เมื่อได้ไฟล์ XML เรียบร้อยแล้วให้กลับมาที่หน้าจระบบเพื่อทำการอัปโหลด กดที่ **Browse** หรือ **เลือกไฟล์**

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](mailto:esubmdcd@gmail.com) หรือ Line : @371eojnr

#### 4.9.8 กดแนบไฟล์เอกสารที่เกี่ยวข้อง

**กรณูแนบไฟล์ PDF**

1. หนังสือแจ้งยกเลิกใบจดทะเบียนสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์/ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์*	เลือกไฟล์ <input type="button" value="ไม่ได้...ไฟล์ใด"/>
2. ใบจดทะเบียนสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์ /ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ หรือกรณีสูญหายให้แนบใบแจ้งความทดแทน*	เลือกไฟล์ <input type="button" value="ไม่ได้...ไฟล์ใด"/>
3. หนังสือรับรองบริษัท (ออกไม่เกิน 6 เดือน) *	เลือกไฟล์ <input type="button" value="ไม่ได้...ไฟล์ใด"/>
4. หนังสือมอบอำนาจผู้ยื่นเอกสารขอยกเลิก/ไม่ต่ออายุ ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาตใบรับแจ้งรายการละเอียด ใบรับจัดแจ้ง เครื่องมือแพทย์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนผู้มอบอำนาจ และ ผู้รับมอบอำนาจ (หากเป็นบุคคลเดียวกันใช้เอกสารฉบับเดียว) *	เลือกไฟล์ <input type="button" value="ไม่ได้...ไฟล์ใด"/>

ย้อนกลับ
บันทึก

#### 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 (ฟปก)	ดูรายละเอียด
1305611	ขอยกเลิก	สน. 3/63	ใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์	23/11/2023	ส่งเรื่องและรอพิจารณา		ดูข้อมูล

# เมื่อกดดูข้อมูลจะปรากฏหน้าระบบแสดงข้อมูลและเอกสารตามตัวอย่างต่อไปนี้

แบบ ล.พ. ๑

เลขรับที่  
วันที่  
ผู้รับคำขอ

## หนังสือแจ้งเลิกกิจการ จำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ของ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเอียด หรือใบรับจดแจ้ง

ผลิต  นำเข้า  ขาย เครื่องมือแพทย์

ในนามของ : บริษัท ทดสอบ จำกัด ผู้จดทะเบียนสถานะประกอบการ

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

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

ลายมือชื่อ นางสมศรี ใจดี , นายสมคิด ใจดี เจ้าของกิจการ

ไฟล์แนบจากเจ้าหน้าที่ ดูไฟล์แนบ

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 ล.พ. 2

เลขรับที่ \_\_\_\_\_  
 วันที่ \_\_\_\_\_  
 ผู้รับคำขอ \_\_\_\_\_  
 (สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่  
 เมื่อไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเมิดหรือใบรับจดแจ้ง

ผลิต  นำเข้า  ขาย เครื่องมือแพทย์

วันที่ 22 พฤศจิกายน 2566

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) \_\_\_\_\_ นางสมศรี ใจดี \_\_\_\_\_ เจ้าของกิจการ/ผู้ดำเนินการ  
 ในนามของ (ชื่อนิติบุคคล/บุคคลธรรมดา) \_\_\_\_\_ บริษัท ทดสอบ จำกัด \_\_\_\_\_ ผู้จดทะเบียนสถานประกอบการ/ผู้อนุญาต/ผู้รับแจ้งรายการละ  
 เียด/ผู้รับจดแจ้งซึ่งไม่ต่ออายุ/ผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุ ในกรณีต่อไปนี้

ใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ เลขที่ สน. 4/63  
 ตั้งแต่วันที่ 1 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568

ขอแจ้งจำนวนเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่และสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์นั้น ดังนี้

ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่  มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่และเก็บ ไว้ ณ สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

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

(ลายมือชื่อ) \_\_\_\_\_ นางสมศรี ใจดี \_\_\_\_\_ เจ้าของกิจการ/ผู้ดำเนินการ  
 \_\_\_\_\_  
 นางสมศรี 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

เลขอ้างอิง	ประเภทคำขอ	ใบสำคัญ	กระบวนการงาน	วันที่ยื่นเรื่องเข้าระบบ	สถานะ	หมายเหตุ (ฟปก)	ดูรายละเอียด
1305477	ขอยกเลิก	สน. 4/63	ใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์	22/11/2023	คืนคำขอ		ดูข้อมูล

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

ไฟล์แนบจากเจ้าหน้าที่	ดูไฟล์แนบ
เอกสารแนบจากเจ้าหน้าที่	<a href="#" style="border: 1px solid #4a86e8; padding: 2px 5px; text-decoration: none; color: #4a86e8;">ดูไฟล์แนบ</a>

หมายเหตุจากเจ้าหน้าที่

ทดสอบ

4.9.14 คลิก “ดูหนังสือรับทราบการแจ้งยกเลิก/ไม่ต่ออายุ” จะแสดงหน้าหนังสือรับทราบแจ้งเลิกกิจการ



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. เมื่อสแกนจะปรากฏโลโก้ของ 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)

แบบ ล.พ. ๒

**กรณีไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์**

**แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่**

**เมื่อไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเอียดหรือใบรับจดแจ้ง**

ผลิต  นำเข้า  ซाय เครื่องมือแพทย์

เลขที่รับที่.....

วันที่.....

ผู้รับคำขอ.....

(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

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

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

ซึ่งไม่ต่ออายุ / ผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุ ในกรณีต่อไปนี้

ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ เลขที่..... เลขที่ใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ ที่ไม่ต่ออายุ ตั้งแต่วันที่ 1 เดือน..... พ.ศ. ปีที่สิ้นสุดภาพ .....

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)	เลขที่หรืออักษรแสดง ครั้งผลิต หรือรหัสประจำเครื่องมือแพทย์	จำนวน/ปริมาณ	ที่ตั้งสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ดำเนินการ / เจ้าของกิจการ

ชื่อกรรมการบริษัท ตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท+ตราประทับ (ถ้ามี) / ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์

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

4. 10.1

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

**ข้าพเจ้า**

เจ้าของกิจการ : กรรมการตามเงื่อนไขบริษัท

กรณกรอกชื่อ เจ้าของกิจการ

**นางสมศรี ใจดี , นายสมคิด ใจดี**

ผู้ดำเนินกิจการ

หน้า 1 ของหนังสือรับรอง

กรมการทะเบียนหุ้นส่วนบริษัทกรุงเทพมหานคร  
กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์

ขอรับรองว่าบริษัท ได้จดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ เมื่อวันที่ **11 เมษายน 2563** ทะเบียนนิติบุคคลเลขที่ **0115550000000** ปรากฏชื่อความในรายการตามเอกสารทะเบียนนิติบุคคล ณ วันออกหนังสือ ดังนี้

- ชื่อบริษัท **บริษัท เอ จำกัด** จำกัด
- กรรมการของบริษัทมี 3 คน ตามรายชื่อต่อไปนี้
  - นางสมศรี ใจดี**
  - นายสมคิด ใจดี**
  - นายสมหมาย ใจดี**
- จำนวนหรือชื่อกรรมการซึ่งลงชื่อผูกพันบริษัทได้คือ **กรรมการสองคนลงลายมือชื่อ และประทับตราสำคัญของบริษัท**
- ทุนจดทะเบียน **5,000,000.00 บาท / จำนวนชำระ**
- สำนักงานใหญ่ ตั้งอยู่เลขที่ **9999 ถนน สีสวนบ่อ ตำบล คลองจันทน์ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี**
- วัตถุประสงค์ของบริษัที่มี 25 ข้อ ซึ่งปรากฏในสำเนาเอกสารแนบท้ายหนังสือรับรองนี้ จำนวน 2 แผ่น โดยมีลายมือชื่อของกรรมการและประทับตราสำนักงานทะเบียนหุ้นส่วนบริษัทเป็นสำคัญ

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

ส่วนถูกต้อง ส่วนถูกต้อง

**@** บริษัท เอ จำกัด (นายสมคิด ใจดี) (นางสมศรี ใจดี)

กรมการ 2 คนลงลายมือชื่อ และ ประทับตราบริษัท ตามเงื่อนไขข้อ 3 ตามตัวอย่างข้างต้น

คำเตือน : ผู้ใช้ตรวจสอบขอตรวจหาข้อผิดพลาดของข้อมูลก่อนยื่นเรื่อง

**DBD** กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ  
Department of Business Development  
Ministry of Commerce  
เลขที่ 1570 ถนนวิภาวดีรังสิต กรุงเทพฯ 15170 โทร. 02 258 7600

แบบ ล.พ. ๒

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

กรณีไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์

แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่

เมื่อไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเอียดหรือใบรับจดทะเบียน

ผลិត  นำเข้า  ขาย เครื่องมือแพทย์

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

ชื่อกรรมการบริษัทตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท / ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์ ..... เจ้าของกิจการ / ผู้ดำเนินกิจการ

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

ซึ่งไม่ต่ออายุ / ผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุ ในกรณีต่อไปนี้

ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ เลขที่..... เลขที่ใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ ที่ไม่ต่ออายุ ตั้งแต่วันที่ 1 เดือน มกราคม พ.ศ. ปีที่สี่สิบสาม

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

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

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

ขอแจ้งจำนวนเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่และสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์นั้น ดังนี้

ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่  มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่และเก็บไว้ ณ สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ ดังต่อไปนี้

ลำดับที่	ชื่อเครื่องมือแพทย์	เลขที่ใบอนุญาต / ใบรับแจ้งรายการละเอียด / ใบรับจดทะเบียนเครื่องมือแพทย์ (ถ้ามี)	เลขที่หรืออักษรแสดงครั้งที่ผลิต หรือรหัสประจำเครื่องมือแพทย์	จำนวน/ปริมาณ	ที่ตั้งสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ดำเนินกิจการ / เจ้าของกิจการ

ชื่อกรรมการบริษัท ตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท+ตราประทับ (ถ้ามี) / ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์

\*\*\* ปีที่สี่สิบสาม -> ตัวอย่างเช่น หมคดาอยู่วันที่ 31 ธันวาคม 2563 ให้ใส่ "ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564" เป็นต้น \*\*\*

4.10.1

2. การเลือกผู้มอบอำนาจในการยื่นแจ้งเลิกกิจการ กรณีผู้มอบอำนาจเป็น ผู้ดำเนินกิจการตามหน้าใบจดทะเบียนสถานประกอบการ/ ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ (เฉพาะกรณีผู้ดำเนินกิจการได้รับมอบอำนาจจากกรรมการตามเงื่อนไขบริษัทให้เป็นผู้ยื่นเรื่องแทนตามเอกสารมอบอำนาจผู้ยื่นคำขอ

เจ้าของกิจการ : กรรมการตามเงื่อนไขบริษัท

ผู้ดำเนินกิจการ

กรณารกรอกชื่อ ผู้ดำเนินกิจการ

นางสมศรี ใจดี

หนังสือมอบอำนาจผู้ยื่นเอกสารขอยกเลิก/ไม่ต่ออายุ ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต  
ใบรับแจ้งรายการละเมิด ใบรับจดทะเบียน เครื่องมือแพทย์

ที่ ชื่อบริษัท / ร้านค้า  
วันที่ วันที่ยื่นเอกสาร

โดยหนังสือฉบับนี้ ชื่อบริษัท / ร้านค้า (ส่งถึงคุณ)

สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ก่อตั้งที่สำนักงาน.....  
ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

โดยมี..... ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขหนังสือรับรองบริษัท.....  
เลขที่ใบอนุญาต 13 หลัก หรือเลขประชาชนใบทะเบียนพาณิชย์..... จดทะเบียนวันที่..... วันที่จดทะเบียนบริษัท/พาณิชย์..... ขอมอบอำนาจ  
และแต่งตั้งให้..... ชื่อ สกุล ผู้กระทำการ..... อายุ..... ปี  
สัญชาติ..... เชื้อชาติ.....

อยู่บ้านเลขที่..... ตรอก/ซอย..... ก่อตั้งที่..... ถนน..... หมู่ที่.....  
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

ปัดประจําตัว..... ระบุ "ประชาชน"..... เลขที่..... เลขประจำตัวประชาชน.....  
ออกให้ ณ..... เมื่อวันที่..... หมตอายุ.....  
เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการดังนี้

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

ข้อ 2 ให้มีอำนาจในการให้คำรับรองข้อเท็จจริงที่ แก่โฆษกฯ เพิ่มเติมเอกสาร รับรองเอกสาร  
รับเอกสารคืน ตลอดจนดำเนินการอื่นใดที่จำเป็นเกี่ยวกับการขอยกเลิกใบอนุญาต 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..... (ระบุข้อผู้รับมอบอำนาจ)..... ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามขอบเขตแห่งหนังสือ  
มอบอำนาจฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบโดยเสมือนว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำด้วยตัวเองทั้งสิ้น เพื่อเป็น  
หลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

อาการ  
เสถรมบ  
10 บาท

ประทับตรา  
บริษัท

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

ลงชื่อ..... พยาน  
( )  
ลงชื่อ..... พยาน  
( )  
ลงชื่อ..... พยาน  
( )

พยานระบุให้ครบ 2 คน

กรณีนีไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์

แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่

เมื่อไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเมิดหรือใบรับจดทะเบียน  
 ผลិត  นำเข้า  ขาย เครื่องมือแพทย์

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

แบบ ล.พ. ๒

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว)..... ชื่อกรรมการบริษัทตามเงื่อนไขหนังสือรับรองบริษัท / ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์..... วันที่..... วันที่ยื่นเอกสาร  
ในนามของ (ชื่อนิติบุคคล / บุคคลธรรมดา)..... ชื่อบริษัท / ร้านค้า..... ผู้จดทะเบียนสถานประกอบการ / ผู้รับอนุญาต / ผู้แจ้งรายการละเมิด / ผู้จดทะเบียน  
ซึ่งไม่ต่ออายุ / ผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุ ใบกรณีต่อไปนี้

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.....

ขอแจ้งจำนวนเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่และสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์นั้น ดังนี้

ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่  มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่และเก็บไว้ ณ สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ ดังต่อไปนี้

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

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ดำเนินกิจการ / เจ้าของกิจการ

ชื่อกรรมการบริษัท ตามเงื่อนไขหนังสือรับรองบริษัท+ตราประทับ (ถ้ามี) / ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์

\*\*\* ปีที่สิ้นสภาพ -> ตัวอย่างเช่น หมตอายุวันที่ 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 คลิก “แจ้งไม่ต่ออายุ (กรณีใบสำคัญสิ้นอายุแล้ว) ตามที่กฎหมายกำหนด

ประเภท

แจ้งเลิกกิจการ (กรณียกเลิกก่อนใบสำคัญสิ้นอายุ)

ไม่ต่ออายุ (กรณีใบสำคัญสิ้นอายุแล้ว)

ไม่ต่ออายุตั้งแต่วันที่ วันสิ้นอายุใบ + 1 วัน

13/12/2570

แบบ ล.พ. ๒

**กรณีไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์**

แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่  
เมื่อไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเมิดหรือใบรับจดทะเบียน

ผลิต  นำเข้า  ขาย เครื่องมือแพทย์

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

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) ..... **ชื่อกรรมการบริษัทตามเงื่อนไขหนังสือรับรองบริษัท / ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์** ..... วันที่ ..... **วันที่ยื่นเอกสาร**  
ในนามของ (ชื่อนิติบุคคล / บุคคลธรรมดา) ..... **ชื่อบริษัท / วันตัว** ..... ผู้จดทะเบียนสถานประกอบการ / ผู้รับอนุญาต / ผู้แจ้งรายการละเมิด / ผู้จดทะเบียน

ซึ่งไม่ต่ออายุ / ผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุ ในกรณีต่อไปนี้

ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ เลขที่ **เลขที่ใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ที่ไม่ต่ออายุตั้งแต่วันที่ 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. ....

ขอแจ้งจำนวนเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่และสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์นั้น ดังนี้

ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่  มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่และเก็บไว้ ณ สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ ดังต่อไปนี้

ลำดับที่	ชื่อเครื่องมือแพทย์	เลขที่ ใบอนุญาต/ ใบรับแจ้งรายการละเมิด / ใบรับจดทะเบียนเครื่องมือแพทย์ (ถ้ามี)	เลขที่หรืออักษรแสดง 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 \*\*\*

#### 4.10.4 เลือกว่า “มี/ไม่มีเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่”

โดย

มีเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่

ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่

แบบ ส.พ. ๒

กรณีไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์

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

แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่

เมื่อไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเอียดหรือใบรับจดแจ้ง

ผลิต  นำเข้า  ขาย เครื่องมือแพทย์

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

ในนามของ (ชื่อนิติบุคคล / บุคคลธรรมดา) ..... ชื่อบริษัท / วันค้า ..... ผู้จดทะเบียนสถานประกอบการ / ผู้รับอนุญาต / ผู้แจ้งรายการละเอียด / ผู้จัดแจ้ง

ซึ่งไม่ต่ออายุ / ผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุ ในกรณีต่อไปนี้

ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ เลขที่..... สถานที่ใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ 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)	เลขที่หรืออักษรแสดง 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

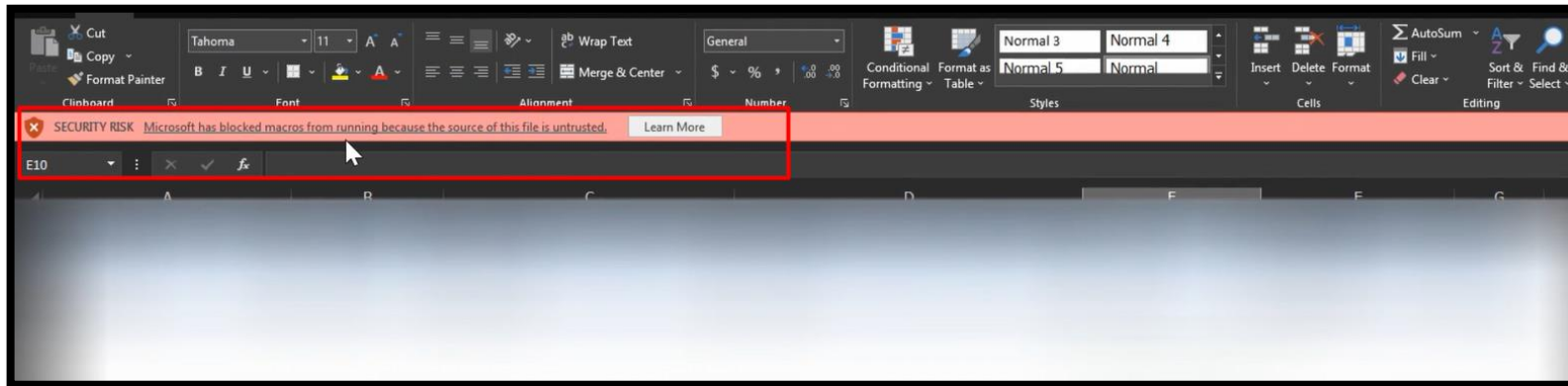
กรุณาแนบไฟล์ XML  No file chosen

กลับ บันทึก

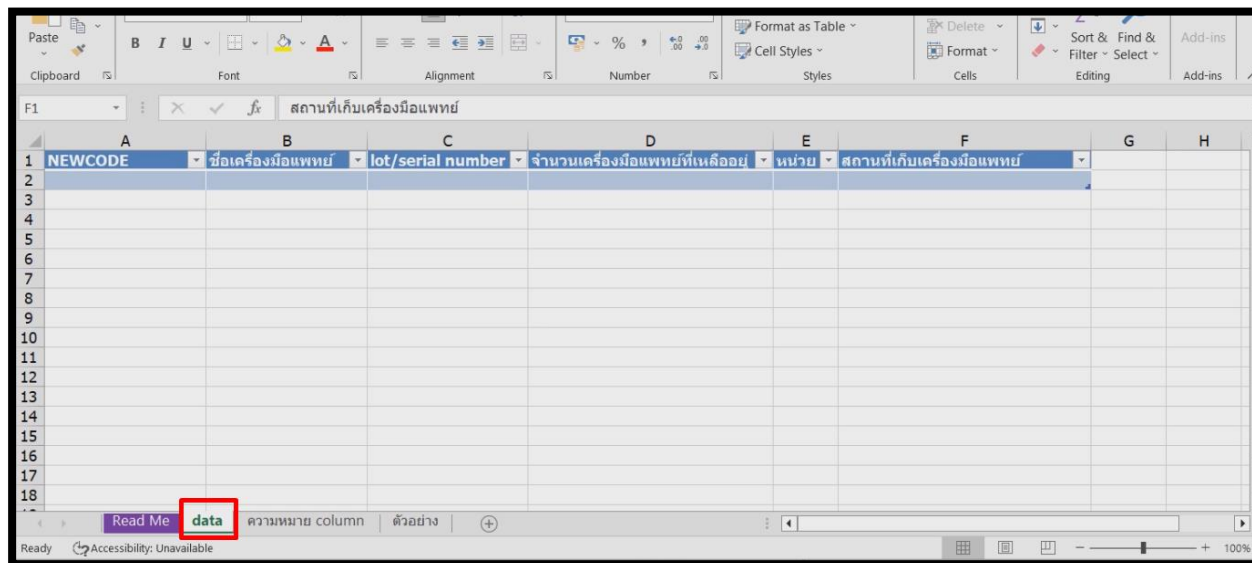
ในกรณีที่เปิดไฟล์แล้วพบปัญหา Security risk ในดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำที่ได้แจ้งไว้

เงื่อนไขการทำ Excel template :

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



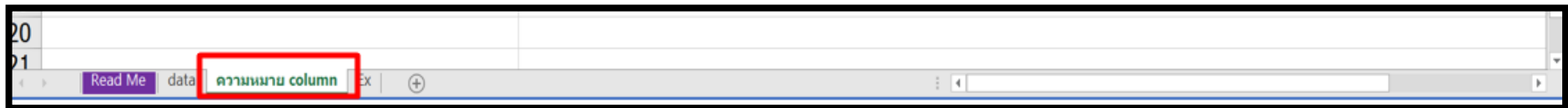
#### 4.10.7.2 กต DATA



#### 4.10.7.3 กรอกข้อมูลในช่องสีฟ้า

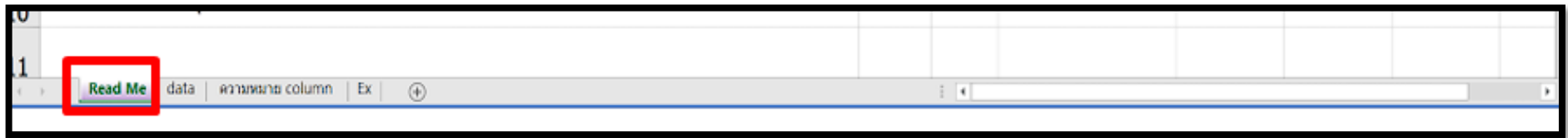
	A	B	C	D	E	F	G
1	NEWCODE	ชื่อเครื่องมือแพทย์	lot/serial number	จำนวนเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่	หน่วย	สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์	
2	U1MC0001026525991200018914C	test	test	test	PC	test	
3	U1MC0001026525991200019015C	test	test	test	PC	test	
4	U1MC0001026525991200019116C	test	test	test	PC	test	
5							
6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

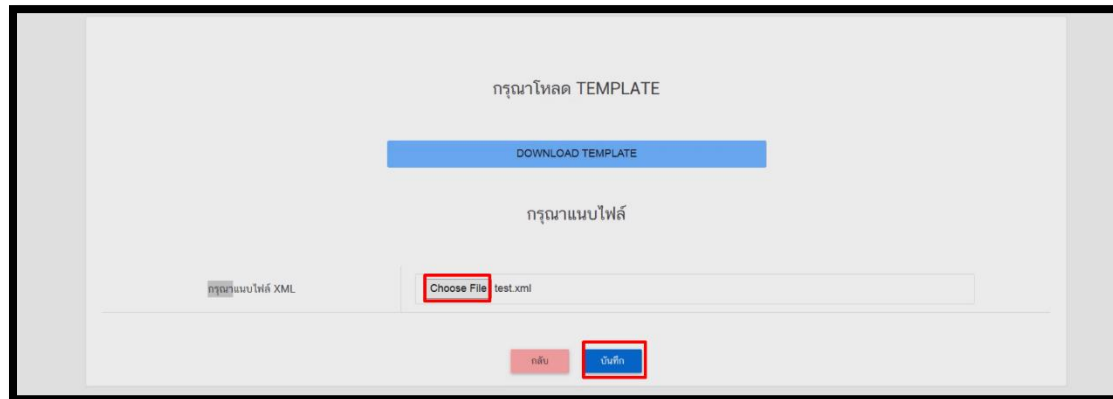
เงื่อนไขการทำ Excel template :

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

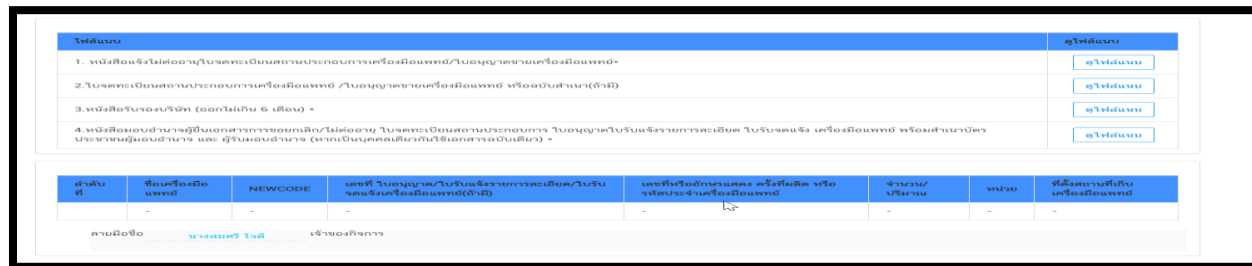
หรือแจ้งปัญหาไปที่ email [esubmdcd@gmail.com](mailto:esubmdcd@gmail.com) หรือ Line : @371eojnr

#### 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](mailto:esubmdcd@gmail.com) หรือ Line : @371eojnr

#### 4.10.8 กดแนบไฟล์เอกสารที่เกี่ยวข้อง

**กรุณาแนบไฟล์ PDF**

1. หนังสือแจ้งไม่ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์/ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์*	<input style="border: 1px solid gray; background-color: #f0f0f0; padding: 2px 5px;" type="button" value="เลือกไฟล์"/> ...
2. ใบจดทะเบียนสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์ /ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ หรือฉบับสำเนา(ถ้ามี)	<input style="border: 1px solid gray; background-color: #f0f0f0; padding: 2px 5px;" type="button" value="เลือกไฟล์"/> ...
3. หนังสือรับรองบริษัท (ออกไม่เกิน 6 เดือน) *	<input style="border: 1px solid gray; background-color: #f0f0f0; padding: 2px 5px;" type="button" value="เลือกไฟล์"/> ...
4. หนังสือมอบอำนาจผู้ยื่นเอกสารขอยกเลิก/ไม่ต่ออายุ ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาตใบรับแจ้งรายการละเอียด ใบรับจัดแจ้ง เครื่องมือแพทย์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนผู้มอบอำนาจ และ ผู้รับมอบอำนาจ (หากเป็นบุคคลเดียวกันใช้เอกสารฉบับเดียว) *	<input style="border: 1px solid gray; background-color: #f0f0f0; padding: 2px 5px;" type="button" value="เลือกไฟล์"/> ...

#### 4.10.9 กด “ตกลง” เอกสารและข้อมูลจะถูกส่งไปยังเจ้าหน้าที่

**medeva.fda.moph.go.th** บอกว่า

อัปโหลดรายการเรียบร้อยแล้วและข้อมูลของท่านจะถูกส่งไปยังเจ้าหน้าที่ต่อไป

4.10.10 เมื่อยื่นเอกสารเรียบร้อยแล้วจะปรากฏเลขอ้างอิงคำขอในหน้าระบบหลัก กด “ดูข้อมูล” จะปรากฏข้อมูลที่ยื่นเอกสารไว้ และรอเจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารต่อไป

เลขอ้างอิง	ประเภทคำขอ	ใบสำคัญ	กระบวนการงาน	วันที่ยื่นเรื่องเข้าระบบ	สถานะ	หมายเหตุ (พบก)	ดูรายละเอียด
1305477	ไม่ต่ออายุ	สน. 4/63	ใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์	22/11/2023	ส่งเรื่องและรอพิจารณา		ดูข้อมูล

# เมื่อกดดูข้อมูลจะปรากฏหน้าระบบแสดงข้อมูลและเอกสารตามตัวอย่างต่อไปนี้

แบบ ส.พ. ๒

เลขรับที่

CC 6600124

วันที่

29/11/23

ผู้รับคำขอ

ณภัทร กรมเมือง

แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่

เมื่อไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเอียด หรือใบรับ  
จดแจ้ง

ผลิต  นำเข้า  ขาย เครื่องมือแพทย์

ข้าพเจ้า :	<b>นางสมศรี ใจดี , นายสมคิด ใจดี</b>	เจ้าของกิจการ
ในนามของ :	<b>บริษัท ทดสอบ จำกัด</b>	ผู้รับอนุญาต
เลขอ้างอิง :	<b>1306648</b>	
ประเภท :	<b>ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์</b>	
ขอแจ้งไม่ต่ออายุ ใบรับอนุญาตขาย เลขที่ :	<b>ข. 1/64</b>	
ไม่ต่ออายุตั้งแต่วันที่ :	<b>01/01/24</b>	
วันที่ยื่น :	<b>29/11/23</b>	
เบอร์โทรศัพท์ผู้ยื่นคำขอ :	<b>082-5907280</b>	
E-mail ผู้ยื่นคำขอ :	<b>register.mdcfda@gmail.com</b>	
มี/ไม่มี เครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่:	<b>ไม่มีเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่</b>	

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 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 **นางสมศรี ใจดี , นายสมคิด ใจ** เจ้าของกิจการ

## เมื่อกดดูใบคำขอจะปรากฏหน้าระบบแบบ ลพ.ที่กรอกข้อมูลตามตัวอย่างต่อไปนี้

แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่  
เมื่อไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายละเอียด

พลิต  นำเข้า  ขาย เครื่องมือแพทย์

ข้าพเจ้า : นางสมศรี ใจดี , นายสมคิด ใจดี เจ้าของกิจการ

ในนามของ : บริษัท ทดสอบ จำกัด ผู้รับอนุญาต

เลขอ้างอิง : 1306648

ประเภท : ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์



แบบ ล.พ. 2

เลขรับที่ \_\_\_\_\_  
วันที่ \_\_\_\_\_  
ผู้รับคำขอ \_\_\_\_\_  
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่  
เมื่อไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเอียดหรือใบรับจดทะเบียน

พลิต  นำเข้า  ขาย เครื่องมือแพทย์

วันที่ 3 มกราคม 2568

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) \_\_\_\_\_ นางสมศรี ใจดี \_\_\_\_\_ เจ้าของกิจการ/ผู้ดำเนินการ  
ในนามของ (ชื่อนิติบุคคล/บุคคลธรรมดา) บริษัท ทดสอบ จำกัด \_\_\_\_\_ ผู้จดทะเบียนสถานประกอบการ/ผู้รับอนุญาต/ผู้รับแจ้งรายละเอียด  
ยื่นต่ออายุ/ผู้รับจดทะเบียนซึ่งไม่ต่ออายุ/ผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุ ในกรณีต่อไปนี้

ใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ เลขที่ สน. 4/63  
ตั้งแต่วันที่ 1 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568

ขอแจ้งจำนวนเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่และสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ดังนี้

ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่  มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่และเก็บ ไว้ ณ สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ลำดับที่	ชื่อเครื่องมือแพทย์	NEWCODE	เลขที่ ใบอนุญาต /ใบรับแจ้งรายการละเอียด /ใบรับจดทะเบียนเครื่องมือแพทย์	เลขที่หรืออีกชานแสดงครั้งที่ผลิต หรือรหัสประจำเครื่องมือแพทย์	จำนวนปริมาณ	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	3/1/2025	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	3/1/2025	รับทราบ		ดูข้อมูล

4.10.13 หากเจ้าหน้าที่ต้องการแก้ไขเอกสาร สถานะจะถูกปรับเป็น “คืนคำขอ” คลิก “ดูข้อมูล” เพื่อดูคำชี้แจงที่เจ้าหน้าที่ให้แก้ไขเอกสาร

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

เจ้าหน้าที่จะชี้แจงเหตุแห่งการคืนคำขอ โดยได้จาก 1.ไฟล์แนบจากเจ้าหน้าที่ กดคลิก “ดูไฟล์แนบ” หรือแสดงที่ “หมายเหตุ จากเจ้าหน้าที่” ให้ทำการแก้ไขเอกสารตามที่เจ้าหน้าที่แจ้งและยื่นเรื่องเข้ามาใหม่อีกครั้ง

ไฟล์แนบจากเจ้าหน้าที่	ดูไฟล์แนบ
เอกสารแนบจากเจ้าหน้าที่	<a href="#" style="border: 1px solid #4a86e8; padding: 2px 5px; text-decoration: none; color: #4a86e8;">ดูไฟล์แนบ</a>

หมายเหตุจากเจ้าหน้าที่

ทดสอบ



4.10.14



ตัวอย่างหนังสือรับทราบแจ้งไม่ต่ออายุ

**หนังสือรับทราบแจ้งไม่ต่ออายุ**

เลขอ้างอิง

3 มกราคม 2568

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้ เพื่อแสดงว่า

บริษัท ทดสอบ จำกัด      ได้แจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อไม่ต่ออายุ  
ใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ เลขที่ สน. 4/63 สิ้นอายุเมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2567  
ตามแบบ ล.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 กรณีแจ้งพินกำหนดระยะเวลาขาย ยื่นแบบ ล.พ.๓

##### ตัวอย่างหน้าระบบ

ระบบแจ้งเลิกกิจการ/ไม่ต่ออายุ

ส่งรายงาน    สร้างคำขอ คลิกที่นี่ <<

Download ตัวอย่างหนังสือบริษัท    คำแนะนำในการส่งรายงาน

กรุณาระบุคำค้นหา

เลขอ้างอิง	ประเภทคำขอ	ใบสำคัญ	กระบวนการงาน	วันที่ยื่นเรื่องเข้าระบบ	สถานะ	หมายเหตุ (คปก)	ดูรายละเอียด
1306648	ไม่ต่ออายุ	ข. 1/64	ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์	29/11/2023	รับทราบ		<a href="#">ดูข้อมูล</a>

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 (พบก)	ดูรายละเอียด
1306648	ไม่ต่ออายุ	ข. 1/64	ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์	29/11/2023	รับทราบ		ดูข้อมูล

# เมื่อกดดูข้อมูลจะปรากฏหน้าระบบแสดงข้อมูลและเอกสารตามตัวอย่างต่อไปนี้

แบบ ล.พ. ๓

เลขรับที่   
วันที่   
ผู้รับคำขอ

แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่  
เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาขายเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๓๘ วรรคหนึ่ง

ผลิต  นำเข้า  ขาย เครื่องมือแพทย์

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 ล.พ.๒ เลขรับที่ CC 6600124 วันที่ 01/01/24

และได้ขายเครื่องมือแพทย์ที่เลือกลงแล้วให้แก่ผู้รับอนุญาตอื่น 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 >> เฉพาะกรณีนำเข้าหรือผลิตหรือขายเครื่องมือแพทย์ได้แก่

- ด้านเมเทียมซิลิคอนใช้ฝังในร่างกาย
- ผลิตภัณฑ์ฟอกสีฟัน
- ชุดตรวจที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี
- อุปกรณ์รังสีติดมนุษย์
- กรดไฮยาลูโรนิกชนิดฉีดเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องของผิวหนัง
- ผลิตภัณฑ์ที่มีสมบัติพิเศษสำหรับใช้ในกระบวนการผ่าตัดตา

ท่านสามารถขายเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ภายใน 60 วันนับแต่วันเลิกกิจการ วันที่ใบอนุญาตสิ้นอายุ หรือวันที่ผู้อนุญาตไม่อนุญาต

ให้ต่ออายุใบอนุญาต เมื่อครบกำหนดแล้วต้องแจ้งให้ทราบภายใน 15 วันนับจากวันที่พ้นกำหนดระยะเวลาขาย

ยื่นแบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เพื่อกำหนดระยะเวลาขาย (แบบ ล.พ.๓)

ชื่อเจ้าหน้าที่/ผู้ประกอบการ	สถานะ	วันที่
	ส่งเรื่องและรอพิจารณา	
	เสนอรับทราบ	
	รับทราบ	

#### 4. 11.3 กตเลือก “ยื่นแบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาขาย (แบบ ล.พ.๓)

ท่านสามารถขายเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ภายใน 60 วันนับแต่วันเลิกกิจการ วันที่ใบอนุญาตสิ้นอายุ หรือวันที่ผู้อนุญาตไม่อนุญาต

ให้ต่ออายุใบอนุญาต เมื่อครบกำหนดแล้วต้องแจ้งให้ทราบภายใน 15 วันนับจากวันที่พ้นกำหนดระยะเวลาขาย

ยื่นแบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เพื่อกำหนดระยะเวลาขาย (แบบ ล.พ.๓)

#### 4.11.4 ตัวอย่างหน้าระบบในส่วนยื่นเอกสาร แบบ ลพ.๓

**ข้าพเจ้า**

เจ้าของกิจการ : กรรมการตามเงื่อนไขบริษัท

กรณารอกชื่อ เจ้าของกิจการ

ผู้ดำเนินการ

ชื่อผู้ยื่นคำขอ

เบอร์มือถือผู้ยื่นคำขอ

E-mail ผู้ยื่นคำขอ

**ประเภท**

แจ้งจำนวนเครื่องมือแพทย์ของใบอนุญาตที่เหลืออยู่เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาขาย

**โดย**

มีเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่

ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่

หมายเหตุแจ้งการยกเลิกกิจการหรือไม่ต่ออายุ (ถ้ามี)

แบบ ส.พ. ๓

**ตัวอย่างการกรอก แบบ ล.พ. 3**

**แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่**  
**เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาขายเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๓๘ วรรคหนึ่ง**

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

วันที่ .....

**ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขบริษัท / ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์**

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว)

ในนามของ (ชื่อนิติบุคคล / บุคคลธรรมดา)  เจ้าของกิจการ / ผู้ดำเนินการ

ซึ่ง  แจ้งเลิกกิจการ จำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ ตามแบบ ล.พ.๓ เลขรับที่ ..... วันที่ .....

แจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อไม่ต่ออายุ / ผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุ ตามแบบ ล.พ.๒ เลขรับที่ ..... วันที่ .....

และได้ขายเครื่องมือแพทย์ที่เหลือดังกล่าวให้แก่ผู้รับอนุญาตอื่น หรือบุคคลที่ผู้อนุญาตเห็นสมควรภายในกำหนดระยะเวลาตามมาตรา ๓๘ วรรคหนึ่งแล้ว

ขอแจ้งจำนวนเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่และสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์นั้น ดังนี้

ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่  มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่และเก็บไว้ ณ สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ลำดับที่	ชื่อเครื่องมือแพทย์	เลขที่ใบอนุญาต / ใบรับแจ้งรายการละเอียด / ใบรับจดแจ้งเครื่องมือแพทย์ (ถ้ามี)	เลขที่หรืออักษรแสดงครั้งที่ผลิต หรือรหัสประจำเครื่องมือแพทย์	จำนวน/ปริมาณ	ที่ตั้งสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์

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

4. 11.4.1

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

**ข้าพเจ้า**

เจ้าของกิจการ : กรรมการตามเงื่อนไขบริษัท

กรุณากรอกชื่อ เจ้าของกิจการ

**นางสมศรี ใจดี , นายสมคิด ใจดี**

ผู้ดำเนินกิจการ

แบบ ส.พ. ๓

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

**ตัวอย่างการกรอก แบบ ส.พ. 3**

แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาขายเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๓๘ วรรคหนึ่ง

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

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) ..... ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขบริษัท / ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์ ..... เจ้าของกิจการ / ผู้ดำเนินกิจการ

ในนามของ (ชื่อนิติบุคคล / บุคคลธรรมดา) ..... ชื่อบริษัท / ร้านค้า ..... ผู้รับอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๒๔

ซึ่ง  แจ้งเลิกกิจการ จำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ ตามแบบ ส.พ.๑ เลขรับที่ ..... วันที่ .....  
 แจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อไม่ต่ออายุ / ผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุ ตามแบบ ส.พ.๒ เลขรับที่ ..... วันที่ .....  
และได้ขายเครื่องมือแพทย์ที่เหลือดังกล่าวให้แก่ผู้รับอนุญาตอื่น หรือบุคคลที่ผู้อนุญาตเห็นสมควรภายในกำหนดระยะเวลาตามมาตรา ๓๘ วรรคหนึ่งแล้ว  
ขอแจ้งจำนวนเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่และสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์นั้น ดังนี้

ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่  มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่และเก็บไว้ ณ สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ลำดับที่	ชื่อเครื่องมือแพทย์	เลขที่ใบอนุญาต / ใบรับแจ้งรายการละเมิด / ใบรับจดทะเบียนเครื่องมือแพทย์ (ถ้ามี)	เลขที่หรืออักษรแสดงครั้งที่ผลิต หรือรหัสประจำเครื่องมือแพทย์	จำนวน/ปริมาณ	ที่ตั้งสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์

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

หนังสือรับรอง

สำนักงานทะเบียนหุ้นส่วนบริษัทกรุงเทพมหานคร  
กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์

ขอรับรองว่าบริษัท ได้จดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ เมื่อวันที่ 11 เมษายน 2563 ทะเบียนนิติบุคคลเลขที่ 0115550000000

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. จำนวนหรือชื่อกรรมการซึ่งออกพิมพ์หนังสือได้คือ กรรมการสองคนลงลายมือชื่อ และประทับตราสำคัญของบริษัท

4.ทุนจดทะเบียน 5,000,000.00 บาท/ชำระค่าหุ้นแล้ว

5. สำนักงานใหญ่ ตั้งอยู่เลขที่ 9999 ถนน สีวันนทร์ ตำบล คลองจันทน์ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

6. วัตถุประสงค์ของบริษัที่มี 25 ข้อ ซึ่งปรากฏในส่วนเอกสารแนบท้ายหนังสือรับรองนี้ จำนวน 2 แห่ง โดยมีรายละเอียดของวัตถุประสงค์ที่ปรากฏในตราสารฉบับแรกและปรับปรุงฉบับแก้ไขเพิ่มเติมหุ้นส่วนบริษัทเป็นสำคัญ

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

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

กรรมการ 2 คนลงลายมือชื่อ  
และ ประทับตราบริษัท  
ตามเงื่อนไขข้อ 3 ตามตัวอย่างข้างต้น



4.11.4.2

2. การเลือกผู้มอบอำนาจในการยื่นแจ้งเลิกกิจการ กรณีผู้มอบอำนาจเป็น ผู้ดำเนินกิจการตามหน้าใบจดทะเบียนสถานประกอบการ/ ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ (เฉพาะกรณีผู้ดำเนินกิจการได้รับมอบอำนาจจากกรรมการตามเงื่อนไขบริษัทให้เป็นผู้ยื่นเรื่องแทนตามเอกสารมอบอำนาจผู้ยื่นคำขอ

เจ้าของกิจการ : กรรมการตามเงื่อนไขบริษัท

ผู้ดำเนินกิจการ

กรณารกรอกชื่อ ผู้ดำเนินกิจการ

นางสมศรี ใจดี

หนังสือมอบอำนาจผู้ยื่นเอกสารขอยกเลิก/ไม่ต่ออายุ ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต  
ใบรับแจ้งรายการละเมิด ใบรับจดทะเบียน เครื่องมือแพทย์

ที่.....ชื่อบริษัท / ร้านค้า.....  
วันที่.....วันที่ยื่นเอกสาร.....

โดยหนังสือฉบับนี้.....ชื่อบริษัท / ร้านค้า (ผู้ถือลิขสิทธิ์).....

สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....กรอกที่อยู่สำนักงาน.....  
ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....ไทย

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

เป็นผู้มีอำนาจจัดการหนังสือบุคคลปรากฏตามหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคลกระทรวงพาณิชย์ เลขที่.....  
เลขนิติบุคคล 13 หลัก หรือเลขประชาชนใบทะเบียนพาณิชย์.....วันที่จดทะเบียนบริษัท/พาณิชย์.....ขอมอบอำนาจ  
และแต่งตั้งให้.....ชื่อ สกุล ผู้กระทำการ.....อายุ.....ปี  
สืบชาติ.....

อยู่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....บ้านที่อาศัย.....จังหวัด.....  
ไทย

บัตรประจำตัว.....ระบุ "ประชาชน".....เลขที่.....เลขประจำตัวประชาชน.....  
ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....หมดอายุ.....

เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการดังนี้

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

ข้อ 2 ให้มีอำนาจในการให้คำรับรองข้อต่อเจ้าหน้าที่ แก่ใบเอกสาร เพิ่มเติมเอกสาร รับรองเอกสาร  
รับเอกสารคืน ตลอดจนดำเนินการอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับการขอยกเลิกใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเมิด  
หรือใบรับจดทะเบียนเครื่องมือแพทย์ ดังกล่าวจนเสร็จการ.....

ข้อ 3 ขอแจ้งเลิกกิจการ/ไม่ต่ออายุของใบ.....เลขที่.....เลขที่ใบที่ต้องการแจ้ง.....  
ข้อ 4 กรอมอบอำนาจดังกล่าวนี้ให้ใช้ได้ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....ปี พ.ศ.....  
ถึงวันที่.....เดือน.....ปี พ.ศ..... (ไม่เกิน 90 วัน นับตั้งแต่วันมอบอำนาจ)

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

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ  
ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขหนังสือรับรองบริษัท.....ผู้รับมอบอำนาจ  
ชื่อ สกุล ผู้กระทำการ.....

ลงชื่อ.....พยาน.....  
(.....)  
ลงชื่อ.....พยาน.....  
(.....)

อากร  
แสตมป์  
10 บาท

ประทับตรา  
บริษัท

พยานระบุไว้ครบ 2 คน

แบบ ส.พ. ๓

ตัวอย่างการกรอก แบบ ส.พ. 3

แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลื่ออยู่  
เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาขายเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๓๘ วรรคหนึ่ง

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

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

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขบริษัท/ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์.....เจ้าของกิจการ / ผู้ดำเนินกิจการ

ในนามของ (ชื่อนิติบุคคล / บุคคลธรรมดา).....ชื่อบริษัท / ร้านค้า.....ผู้รับอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๒๔

ซึ่ง  แจ้งเลิกกิจการ จำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลื่ออยู่ ตามแบบ ส.พ.๑ เลขรับที่.....วันที่.....  
 แจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลื่ออยู่เมื่อไม่ต่ออายุ / ผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุ ตามแบบ ส.พ.๒ เลขรับที่.....วันที่.....  
และได้ขายเครื่องมือแพทย์ที่เหลื่อดังกล่าวให้แก่ผู้รับอนุญาตอื่น หรือบุคคลที่ผู้อนุญาตเห็นสมควรภายในกำหนดระยะเวลาตามมาตรา ๓๘ วรรคหนึ่งแล้ว

ขอแจ้งจำนวนเครื่องมือแพทย์ที่เหลื่ออยู่และสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ดังนี้  ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลื่ออยู่  มีเครื่องมือแพทย์เหลื่ออยู่และเก็บไว้ ณ สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

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

(ลายมือชื่อ).....เจ้าของกิจการ / ผู้ดำเนินกิจการ  
(.....)  
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 ถ.พ. ๓

ตัวอย่างการกรอก แบบ ถ.พ. 3

แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่  
เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาขายเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๓๘ วรรคหนึ่ง

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

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

ซึ่ง  แจ้งเลิกกิจการ จำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ ตามแบบ ถ.พ.๑ เลขรับที่ ..... วันที่ .....  
 แจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อไม่ต่ออายุ / ผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุ ตามแบบ ถ.พ.๒ เลขรับที่ ..... วันที่ .....

และได้ขายเครื่องมือแพทย์ที่เหลือดังกล่าวให้แก่ผู้รับอนุญาตอื่น หรือบุคคลที่ผู้อนุญาตเห็นสมควรภายในกำหนดระยะเวลาตามมาตรา ๓๘ วรรคหนึ่งแล้ว  
ขอแจ้งจำนวนเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่และสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์นั้น ดังนี้

ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่  มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่และเก็บไว้ ณ สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

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

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

#### 4.11.8 ระบุ “หมายเหตุแจ้งการยกเลิกกิจการหรือไม่ต่ออายุ (ถ้ามี)” กรอกหรือไม่กรอกก็ได้

หมายเหตุแจ้งการยกเลิกกิจการหรือไม่ต่ออายุ (ถ้ามี)

ย้อนกลับ บันทึก

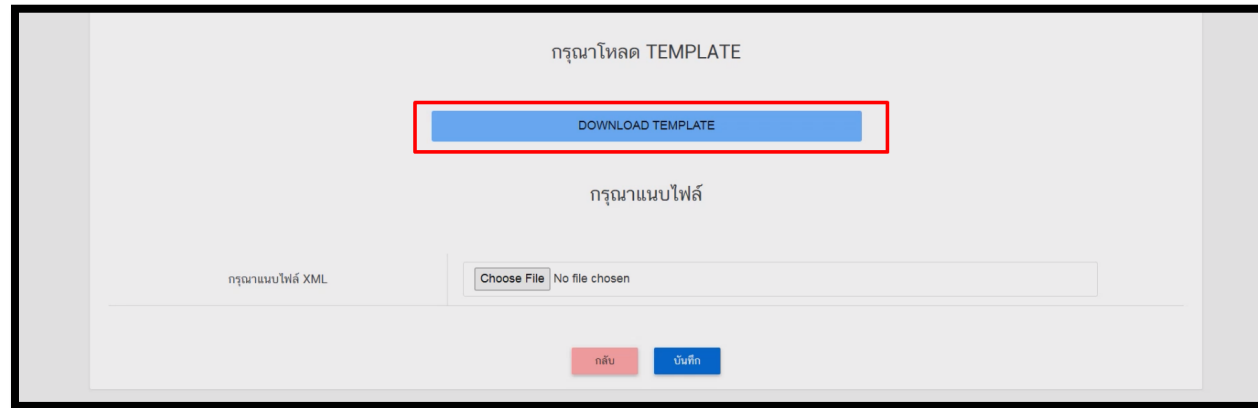
#### 4.11.9 คลิก “บันทึก”

หมายเหตุแจ้งการยกเลิกกิจการหรือไม่ต่ออายุ (ถ้ามี)

ย้อนกลับ บันทึก

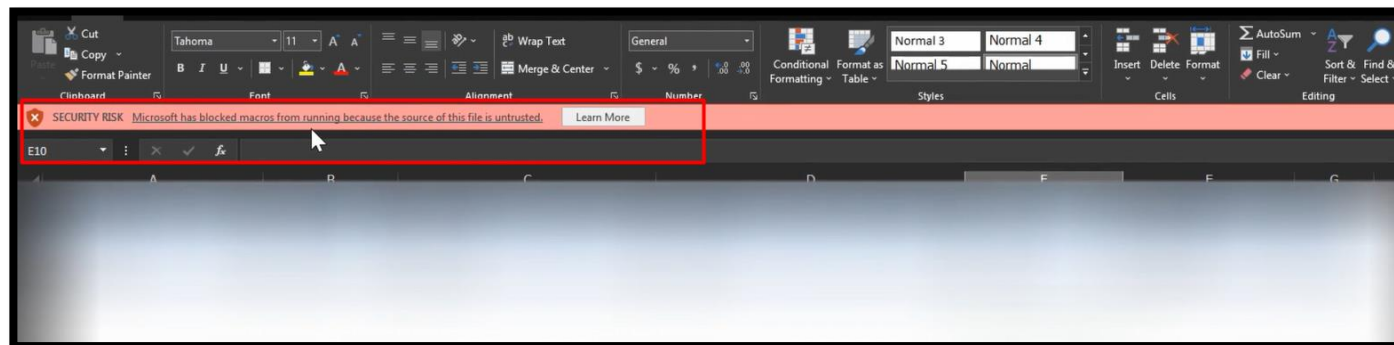
4.11.10.1 กรณีเลือก “มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่” จะต้องแนบ “Excel template” โดย ขั้นตอนการทำ Excel template ดังต่อไปนี้

#### 1.11.10.1 กด Download Temp และ เปิดไฟล์ Excel

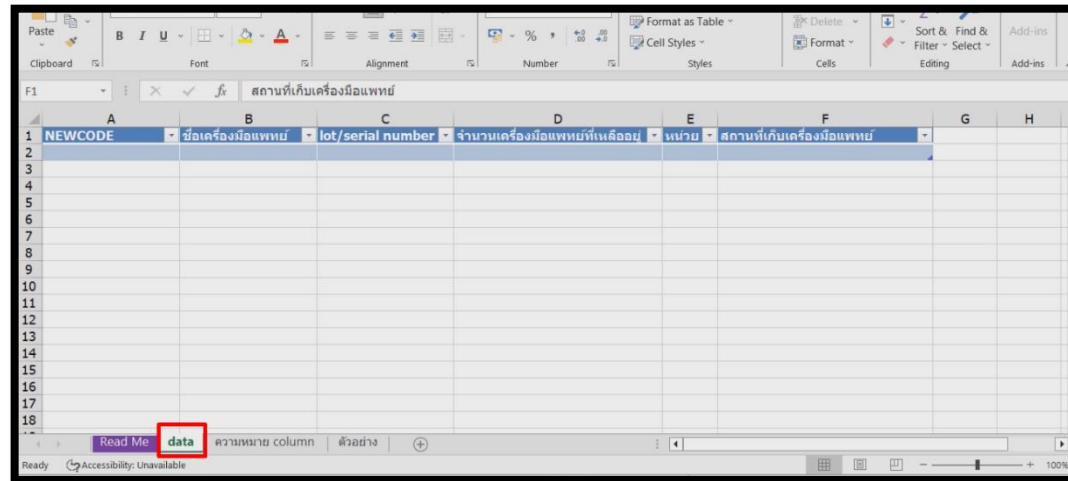


ในกรณีที่เปิดไฟล์แล้วพบปัญหา Security risk ในดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำที่ได้แจ้งไว้

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



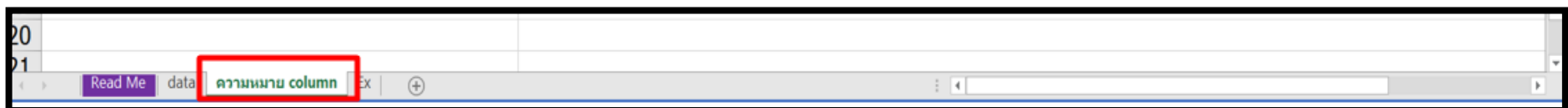
#### 4.11.10.2 กด DATA



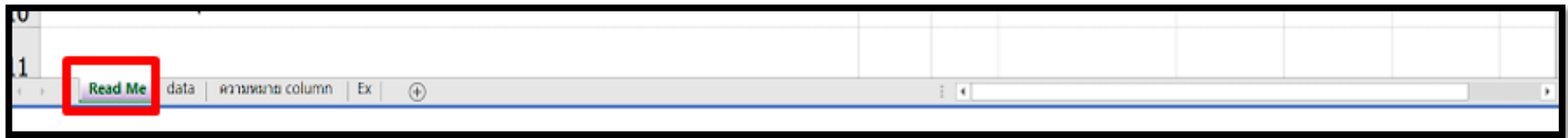
#### 4.11.10.3 กรอกข้อมูลในช่องสีฟ้า

	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



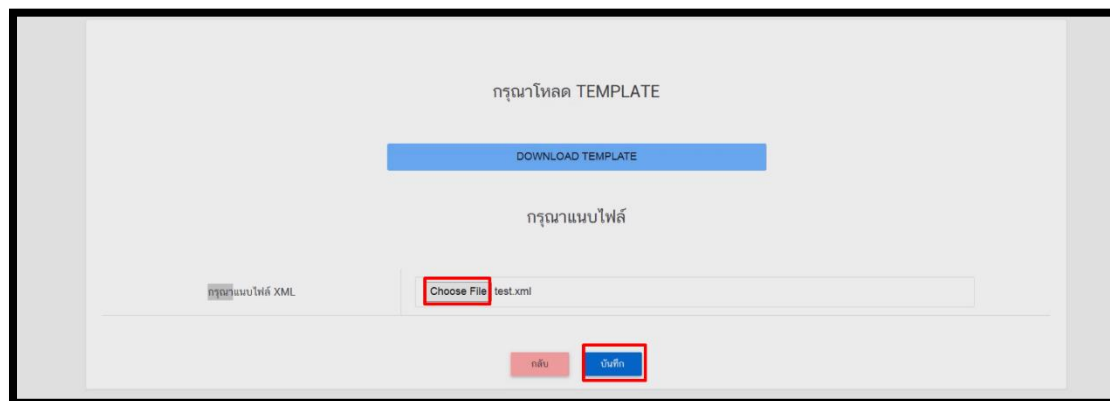
ในขั้นตอนการการทำไฟล์ XML หากพบข้อผิดพลาด หรือไม่สามารถแปลงไฟล์ได้ ให้ดูคำแนะนำเบื้องต้นที่  
เงื่อนไขการทำ Excel template :

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

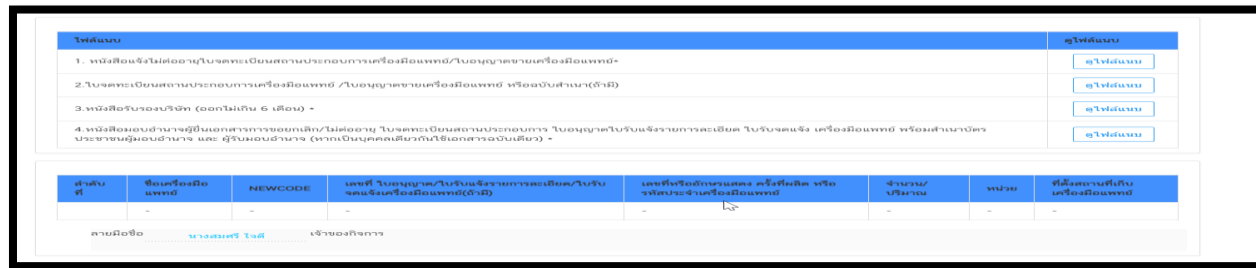
หรือแจ้งปัญหาไปที่ email [esubmdcd@gmail.com](mailto:esubmdcd@gmail.com) หรือ Line : @371eojnr

#### 4.11.10.5 เมื่อได้ไฟล์ XML เรียบร้อยแล้วให้กลับมาที่หน้าจระบบเพื่อทำการอัปโหลด กดที่ Browse หรือ เลือกไฟล์

กด บันทึก



#### 4.11.10.6 หากบันทึกสำเร็จจะขึ้น Alert ดังภาพ



ลำดับที่	ชื่อเครื่องมือแพทย์	NEWCODE	เลขที่ ใบอนุญาต/ใบรับแจ้งรายการละเมิด/ใบรับขงเงินเครื่องมือแพทย์(ถ้ามี)	เลขที่หรืออักษรแสดง เครื่องสืบทัด หรือรหัสประจำเครื่องมือแพทย์	จำนวน/ปริมาณ	หน่วย	ที่ตั้งของเครื่องมือแพทย์
-	-	-	-	-	-	-	-

ลายมือชื่อ \_\_\_\_\_ นางสมศรี ใจดี \_\_\_\_\_ เจ้าของกิจการ

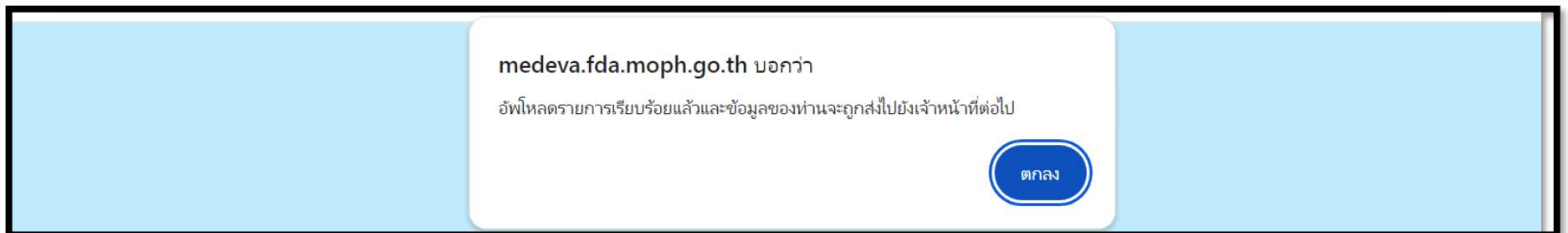
หากพบข้อผิดพลาด หรือไม่สามารถอัปโหลดไฟล์ได้ ให้ดูคำแนะนำเบื้องต้นที่

เงื่อนไขการทำ Excel template :

<https://drive.google.com/file/d/1lh6NKjV1VOg1s8bIC5bz2LG9Euf1Ci1U/view?usp=sharing>

หรือแจ้งปัญหาไปที่ email [esubmdcd@gmail.com](mailto:esubmdcd@gmail.com) หรือ Line : @371eojnr

4.11.11 กด “ตกลง” เอกสารและข้อมูลจะถูกส่งไปยังเจ้าหน้าที่



medeva.fda.moph.go.th บอกว่า

อัปโหลดรายการเรียบร้อยแล้วและข้อมูลของท่านจะถูกส่งไปยังเจ้าหน้าที่ต่อไป

ตกลง

4.11.12 เมื่อยื่นเอกสารเรียบร้อยแล้วจะปรากฏเลขอ้างอิงคำขอใหม่ในหน้าระบบหลัก กด “ดูข้อมูล” จะปรากฏข้อมูลที่ยื่นเอกสารไว้ และรอเจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารต่อไป

เลขอ้างอิง	ประเภทคำขอ	ใบสำคัญ	กระบวนการ	วันที่ยื่นเรื่องเข้าระบบ	สถานะ	หมายเหตุ (มปก)	ดูรายละเอียด
1307738	ยื่นแบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อกำหนดระยะเวลาขาย (แบบ ล.พ.๓)	ข. 1/64	ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์	07/12/2023	ส่งเรื่องและรอพิจารณา		<a href="#">ดูข้อมูล</a>



# เมื่อกดดูข้อมูลจะปรากฏหน้าระบบแสดงข้อมูลและเอกสารตามตัวอย่างต่อไปนี้

แบบ ส.พ. ๓

เลขรับที่  
วันที่  
ผู้รับค่าขอ

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 เลขรับที่ **CC 6600124** วันที่ **01/01/24**

และได้ขายเครื่องมือแพทย์ที่เหลือดังกล่าวให้แก่ผู้รับอนุญาตอื่น หรือบุคคลที่ผู้อนุญาตเห็นสมควรภายในกำหนดระยะเวลาตามมาตรา ๓๘ วรรคหนึ่งแล้ว ขอแจ้งจำนวนเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่และสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์นั้น ดังนี้

มี/ไม่มี เครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ : **ไม่มีเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่**

ดูใบคำขอ

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

ลายมือชื่อ **นางสมศรี ใจดี , นายสมคิด ใจดี** เจ้าของกิจการ

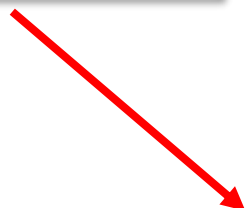
ไฟล์แนบจากเจ้าหน้าที่

ดูไฟล์แนบ

หมายเหตุจากเจ้าหน้าที่

## เมื่อกดดูใบคำขอจะปรากฏหน้าระบบแบบ ลพ.ที่กรอกข้อมูลตามตัวอย่างต่อไปนี้

ข้าพเจ้า : นางสมศรี ใจดี ,นายสมคิด ใจดี      เจ้าของกิจการ  
 ในนามของ : ผู้รับอนุญาต  
 เลขอ้างอิง : 1307738  
 ประเภท : ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์  
 แจ้งจำนวนเครื่องมือแพทย์ของใบอนุญาตที่เหลืออยู่เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาขาย 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 ล.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 ล.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	วันที่ยื่นเรื่องเข้าระบบ	สถานะ	หมายเหตุ (ฟปก)	ดูรายละเอียด
1307738	ยื่นแบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อกำหนดระยะเวลาขาย (แบบ ล.พ.๓)	ข. 1/64	ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์	07/12/2023	คืนคำขอ		ดูข้อมูล

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

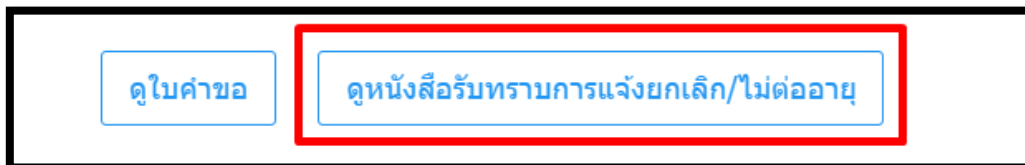
ไฟล์แนบจากเจ้าหน้าที่	ดูไฟล์แนบ
เอกสารแนบจากเจ้าหน้าที่	<a href="#" style="border: 1px solid #4a90e2; padding: 2px 5px; text-decoration: none; color: #4a90e2;">ดูไฟล์แนบ</a>

หมายเหตุจากเจ้าหน้าที่

ทดสอบ

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



ตัวอย่างหนังสือรับทราบการแจ้งแบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาขาย ตามมาตรา 38 วรรคหนึ่ง

หนังสือรับทราบการแจ้งแบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่  
เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาขาย ตามมาตรา 38 วรรคหนึ่ง

เลขอ้างอิง 1307738

3 มีนาคม 2568

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้ เพื่อแสดงว่า

บริษัท ทดสอบ จำกัด ได้แจ้งแบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาขายตามมาตรา 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 รับทราบการแจ้งแบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาขาย ตามมาตรา 38 วรรคหนึ่ง (แบบ ล.พ.3) ดังกล่าวข้างต้นแล้ว

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา  
กระทรวงสาธารณสุข  
ผู้อนุญาต

