



**กรณีไม่ประสงค์ประกอบกิจการใบอนุญาตผลิตหรือนำเข้าเครื่องมือแพทย์และ
ใบรับแจ้งรายการละเอียดผลิตหรือนำเข้าเครื่องมือแพทย์**

อีกต่อไปในกรณีต่อไปนี้

1. กรณีแจ้งยกเลิกก่อนใบอนุญาต/ใบรับแจ้งรายการละเอียดสิ้นอายุ >> ยื่นแบบ ล.พ.๑ ภายใน 30 วันหลังเลิกกิจการ
>> หากฝ่าฝืน ปรับไม่เกิน 5,000 บาท

2. กรณีแจ้งไม่ต่ออายุเมื่อใบอนุญาต/ใบรับแจ้งรายการละเอียดสิ้นอายุแล้ว >> ยื่นแบบ ล.พ.๒ ภายใน 30 วันหลังใบสิ้นอายุ
หรือไม่อนุญาตให้ต่ออายุ

>> หากฝ่าฝืน ปรับไม่เกิน 5,000 บาท

3. การขายเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ >> เฉพาะกรณีที่น่าเข้าหรือผลิตเครื่องมือแพทย์ที่ได้แก่

- เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกาย
- ผลิตภัณฑ์ฟอกสีฟัน
- ชุดตรวจที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี
- ถุงบรรจุโลหิตมนุษย์
- กรดไฮยาลูโรนิกชนิดฉีดเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องของผิวหนัง
- ผลิตภัณฑ์ที่มีสมบัติชนิดสำหรับใช้ในกระบวนการผ่าตัดตา

จะต้องขายเครื่องมือแพทย์ดังกล่าว ให้กับผู้ได้รับอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์รายอื่น หรือบุคคลที่
ผู้อนุญาตเห็นสมควรตามมาตรา 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)

สามารถศึกษารายละเอียดและดาวน์โหลดเอกสารได้ที่ <https://bit.ly/3ST1ZVz>



เอกสารประกอบการยื่นขอยกเลิกใบอนุญาตหรือใบรับแจ้งรายการละเอียด
กรณีแจ้งยกเลิกก่อนใบอนุญาตหรือใบรับแจ้งรายการละเอียดสิ้นอายุ



เอกสารที่ต้องใช้ กรณีแจ้งยกเลิกก่อนใบอนุญาตหรือใบรับแจ้งรายการละเอียดสิ้นอายุ

ลำดับ	รายการเอกสาร	หมายเหตุ
1.	หนังสือขอยกเลิกใบอนุญาตหรือใบรับแจ้งรายการละเอียดเครื่องมือแพทย์	
2.	หนังสือแจ้งแบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ กรณีเลิกกิจการ (แบบ ล.พ. 1)	
3.	ใบอนุญาตหรือใบรับแจ้งรายการละเอียดเครื่องมือแพทย์ (ฉบับจริง หรือ ใบแทน)	
4.	หนังสือรับรองบริษัท (ออกไม่เกิน 6 เดือน)	ให้กรรมการบริษัทเป็นผู้มอบอำนาจลงลายมือชื่อและประทับตราตามเงื่อนไขบริษัทที่ระบุในหน้าหนังสือรับรองบริษัท
5.	หนังสือมอบอำนาจเพื่อเป็นผู้ยื่นขอยกเลิก/แจ้งไม่ต่ออายุใบอนุญาตหรือใบรับแจ้งรายการละเอียดเครื่องมือแพทย์เครื่องมือแพทย์ (กรณีกรรมการตามเงื่อนไขบริษัทไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง)	
6.	สำเนาบัตรประชาชนผู้มอบอำนาจ และ ผู้รับมอบอำนาจ (หากกรรมการตามเงื่อนไขบริษัทมายื่นเอกสารยกเลิกด้วยตนเอง ใช้สำเนาบัตรประชาชนกรรมการตามเงื่อนไขบริษัทและลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง)	
กรณีใบอนุญาตหรือใบรับแจ้งรายการละเอียดเครื่องมือแพทย์ (ฉบับจริง หรือ ใบแทน) สูญหาย เตรียมเอกสารเพิ่มดังนี้		
7.	ใบแจ้งความ ที่แจ้งว่า “ใบอนุญาตหรือใบรับแจ้งรายการละเอียด ผลิตภัณฑ์หรือนำเข้า (เลือกแล้วแต่กรณี) เครื่องมือแพทย์ เลขที่ ได้สูญหาย”	* โดยผู้มีอำนาจตามหนังสือรับรองบริษัท ต้องเป็นผู้แจ้งความ ด้วยตนเอง ** กรณีผู้มีอำนาจตามหนังสือรับรองบริษัท ไม่ได้เป็นผู้แจ้งความด้วยตนเองให้แนบ (สำเนา) เอกสารการมอบอำนาจการ แจ้งความโดยให้ผู้อื่นกระทำแทนพร้อมสำเนาบัตรประชาชนผู้ มอบอำนาจและผู้รับมอบแนบท้ายเอกสารดังกล่าว



ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือขอยกเลิกใบอนุญาตหรือใบรับแจ้งรายการละเอียดนำเข้าเครื่องมือแพทย์

เขียนที่ ชื่อบริษัท/ร้านค้า.....

วันที่ วันที่ยื่นเอกสาร

เรื่อง ขอยกเลิกใบอนุญาตนำเข้าเครื่องมือแพทย์
ใบอนุญาตนำเข้าเครื่องมือแพทย์ เลขที่เลขที่ใบอนุญาต.....

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

สิ่งที่แนบมาด้วย 1. ใบอนุญาตนำเข้าเครื่องมือแพทย์ (ฉบับจริงหรือใบแทน) เลขที่เลขที่ใบอนุญาต.....
2. แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ (แบบ ล.พ.1)
3. หนังสือรับรองบริษัท (ออกไม่เกิน 6 เดือน) ให้กรรมการลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้องตามเงื่อนไขบริษัททุกหน้า
4. หนังสือมอบอำนาจเพื่อเป็นผู้ยื่นขอยกเลิกใบอนุญาตนำเข้าหรือผลิตเครื่องมือแพทย์
5. สำเนาบัตรประชาชนผู้มอบและผู้รับมอบอำนาจตามเงื่อนไขบริษัท
ตามที่ข้าพเจ้า.... ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขบริษัท /ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์.....ผู้มีอำนาจ/กรรมการบริษัท

ในนาม..... ชื่อบริษัท/ร้านค้า

ตั้งอยู่เลขที่ที่อยู่ตามหน้าใบจดทะเบียนสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์.....

มีความประสงค์ขอยกเลิกใบอนุญาตนำเข้าเครื่องมือแพทย์ เลขที่..... เลขที่ใบอนุญาต.....

เนื่องจาก.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจ/กรรมการบริษัท

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

*หากมีหลายท่านต้องลงชื่อให้ครบ

ตราประทับ
บริษัท (ถ้ามี)

เขียนที่ ชื่อบริษัท/ร้านค้า.....

วันที่ วันที่ยื่นเอกสาร

เรื่อง ขอยกเลิกใบรับแจ้งรายการละเอียดนำเข้าเครื่องมือแพทย์
ใบรับแจ้งรายการละเอียดนำเข้าเครื่องมือแพทย์ เลขที่เลขที่ใบรับแจ้งรายการละเอียด.....

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

สิ่งที่แนบมาด้วย 1. ใบรับแจ้งรายการละเอียดนำเข้าเครื่องมือแพทย์ (ฉบับจริงหรือใบแทน) เลขที่.....เลขที่ใบรับแจ้งรายการละเอียด.....
2. แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ (แบบ ล.พ.1)
3. หนังสือรับรองบริษัท (ออกไม่เกิน 6 เดือน) ให้กรรมการลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้องตามเงื่อนไขบริษัททุกหน้า
4. หนังสือมอบอำนาจเพื่อเป็นผู้ยื่นขอยกเลิกใบรับแจ้งรายการละเอียดนำเข้าหรือผลิตเครื่องมือแพทย์
5. สำเนาบัตรประชาชนผู้มอบและผู้รับมอบอำนาจตามเงื่อนไขบริษัท
ตามที่ข้าพเจ้า.... ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขบริษัท /ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์.....ผู้มีอำนาจ/กรรมการบริษัท

ในนาม..... ชื่อบริษัท/ร้านค้า

ตั้งอยู่เลขที่ที่อยู่ตามหน้าใบจดทะเบียนสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์.....

มีความประสงค์ขอยกเลิกใบรับแจ้งรายการละเอียดนำเข้าเครื่องมือแพทย์ เลขที่..... เลขที่ใบรับแจ้งรายการละเอียด.....

เนื่องจาก.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจ/กรรมการบริษัท

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

*หากมีหลายท่านต้องลงชื่อให้ครบ

ตราประทับ
บริษัท (ถ้ามี)



กองควบคุมเครื่องมือแพทย์

Medical Device Control Division

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ตัวอย่างการกรอกแบบ ล.พ.1

กรณียกเลิกกิจการใบอนุญาตนำเข้าเครื่องมือแพทย์

แบบ ล.พ. ๑

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

หนังสือแจ้งเลิกกิจการ จำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ของ
ใบอนุญาตประกอบกิจการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเอียด หรือใบรับจดแจ้ง ผลิต นำเข้า ขาย เครื่องมือแพทย์

วันที่ วันที่ยื่นเอกสาร

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) ชื่อกรรมการบริษัทตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท / ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์ เจ้าของกิจการ / ผู้ดำเนินกิจการ
ในนามของ (ชื่อนิติบุคคล / บุคคลธรรมดา) ชื่อบริษัท / ร้านค้า ผู้จดทะเบียนสถานประกอบการ / ผู้รับอนุญาต / ผู้แจ้งรายการละเอียด / ผู้จดแจ้ง
ขอแจ้งเลิกกิจการ ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ เลขที่
 ใบอนุญาต จำนวน ฉบับ เลขที่ เลขที่ใบอนุญาตนำเข้าเครื่องมือแพทย์
 ใบรับแจ้งรายการละเอียด จำนวน ฉบับ เลขที่
 ใบรับจดแจ้ง จำนวน ฉบับ เลขที่

ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. โดย ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่ มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่และเก็บไว้ ณ สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์
ตั้งรายละเอียดต่อไปนี้ วันที่ต้องการยกเลิกใบอนุญาตนำเข้าเครื่องมือแพทย์อาจจะเป็นวันเดียวกับวันที่มายื่นหรือวันที่ยกเลิกกิจการไม่เกิน 30 วัน นับจากวันที่มายื่น

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

(ลายมือชื่อ)..... เจ้าของกิจการ / ผู้ดำเนินกิจการ

(.....)

ชื่อกรรมการบริษัท ตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท+ตราประทับ (ถ้ามี)

/ ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์



กองควบคุมเครื่องมือแพทย์

Medical Device Control Division

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

แบบ ส.พ. ๑

ตัวอย่างการกรอกแบบ ส.พ.1

กรณียกเลิกกิจการใบรับแจ้งรายการละเอียดนำเข้าเครื่องมือแพทย์

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

หนังสือแจ้งเลิกกิจการ จำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ของ
ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเอียด หรือใบรับจดแจ้ง ผลิต 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

ใบอนุญาต จำนวน ฉบับ เลขที่

ใบรับแจ้งรายการละเอียด จำนวน ฉบับ เลขที่ เลขที่ใบรับแจ้งรายการละเอียดนำเข้าเครื่องมือแพทย์

ใบรับจดแจ้ง จำนวน ฉบับ เลขที่

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

ตั้งรายละเอียดต่อไปนี้ วันที่ต้องการยกเลิกใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์อาจจะเป็นวันเดียวกับวันที่มายื่นหรือวันที่ยกเลิกกิจการไม่เกิน 30 วัน นับจากวันที่มายื่น

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

(ลายมือชื่อ)..... เจ้าของกิจการ / ผู้ดำเนินการ

(.....)

ชื่อกรรมการบริษัท ตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท+ตราประทับ (ถ้ามี)

/ ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์



ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือขอยกเลิกใบอนุญาตหรือใบรับแจ้งรายการละเอียดผลิตเครื่องมือแพทย์

เขียนที่ ชื่อบริษัท/ร้านค้า.....

วันที่ วันที่ยื่นเอกสาร

เรื่อง ขอยกเลิกใบอนุญาตผลิตเครื่องมือแพทย์

ใบอนุญาตผลิตเครื่องมือแพทย์ เลขที่เลขที่ใบอนุญาต.....

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

- สิ่งที่แนบมาด้วย
1. ใบอนุญาตผลิตเครื่องมือแพทย์ (ฉบับจริงหรือใบแทน) เลขที่เลขที่ใบอนุญาต.....
 2. แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ (แบบ ล.พ.1)
 3. หนังสือรับรองบริษัท (ออกไม่เกิน 6 เดือน) ให้กรรมการลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้องตามเงื่อนไขบริษัททุกหน้า
 4. หนังสือมอบอำนาจเพื่อเป็นผู้ยื่นขอยกเลิกใบอนุญาตนำเข้าหรือผลิตเครื่องมือแพทย์
 5. สำเนาบัตรประชาชนผู้มอบและผู้รับมอบอำนาจตามเงื่อนไขบริษัท
- ตามที่ข้าพเจ้า.... ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขบริษัท /ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์.....ผู้มีอำนาจ/กรรมการบริษัท

ในนาม..... ชื่อบริษัท/ร้านค้า

ตั้งอยู่เลขที่ที่อยู่ตามหน้าใบจดทะเบียนสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์.....

มีความประสงค์ขอยกเลิกใบอนุญาตผลิตเครื่องมือแพทย์ เลขที่..... เลขที่ใบอนุญาต.....

เนื่องจาก.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจ/กรรมการบริษัท

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

*หากมีหลายท่านต้องลงชื่อให้ครบ

ตราประทับ
บริษัท (ถ้ามี)

เขียนที่ ชื่อบริษัท/ร้านค้า.....

วันที่ วันที่ยื่นเอกสาร

เรื่อง ขอยกเลิกใบรับแจ้งรายการละเอียดผลิตเครื่องมือแพทย์

ใบรับแจ้งรายการละเอียดผลิตเครื่องมือแพทย์ เลขที่เลขที่ใบรับแจ้งรายการละเอียด.....

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

- สิ่งที่แนบมาด้วย
1. ใบรับแจ้งรายการละเอียดผลิตเครื่องมือแพทย์ (ฉบับจริงหรือใบแทน) เลขที่.....เลขที่ใบรับแจ้งรายการละเอียด
 2. แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ (แบบ ล.พ.1)
 3. หนังสือรับรองบริษัท (ออกไม่เกิน 6 เดือน) ให้กรรมการลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้องตามเงื่อนไขบริษัททุกหน้า
 4. หนังสือมอบอำนาจเพื่อเป็นผู้ยื่นขอยกเลิกใบรับแจ้งรายการละเอียดนำเข้าหรือผลิตเครื่องมือแพทย์
 5. สำเนาบัตรประชาชนผู้มอบและผู้รับมอบอำนาจตามเงื่อนไขบริษัท
- ตามที่ข้าพเจ้า.... ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขบริษัท /ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์.....ผู้มีอำนาจ/กรรมการบริษัท

ในนาม..... ชื่อบริษัท/ร้านค้า

ตั้งอยู่เลขที่ที่อยู่ตามหน้าใบจดทะเบียนสถานประกอบการเครื่องมือแพทย์.....

มีความประสงค์ขอยกเลิกใบรับแจ้งรายการละเอียดผลิตเครื่องมือแพทย์ เลขที่..... เลขที่ใบรับแจ้งรายการละเอียด.....

เนื่องจาก.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจ/กรรมการบริษัท

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

*หากมีหลายท่านต้องลงชื่อให้ครบ

ตราประทับ
บริษัท (ถ้ามี)

ตัวอย่างการกรอกแบบ ล.พ.1

กรณียกเลิกกิจการใบอนุญาตผลิตเครื่องมือแพทย์

แบบ ส.พ. ๑

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

หนังสือแจ้งเลิกกิจการ จำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ของ
ใบอนุญาตประกอบกิจการ ใบรับแจ้งรายการละเอียด หรือใบรับจดทะเบียน ผลิต นำเข้า ขยาย เครื่องมือแพทย์

วันที่..... วันที่ยื่นเอกสาร

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) ชื่อกรรมการบริษัทตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท / ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์ เจ้าของกิจการ / ผู้ดำเนินกิจการ

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

ขอแจ้งเลิกกิจการ ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ เลขที่

ใบอนุญาต จำนวน ฉบับ เลขที่ เลขที่ใบอนุญาตผลิตเครื่องมือแพทย์

ใบรับแจ้งรายการละเอียด จำนวน ฉบับ เลขที่

ใบรับจดทะเบียน จำนวน ฉบับ เลขที่

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

ดังรายละเอียดต่อไปนี้ วันที่ต้องการยกเลิกใบอนุญาตผลิตเครื่องมือแพทย์อาจจะเป็นวันเดียวกับวันที่มายื่นหรือวันที่ยกเลิกกิจการไม่เกิน 30 วัน นับจากวันที่มายื่น

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

(ลายมือชื่อ)..... เจ้าของกิจการ / ผู้ดำเนินกิจการ

(.....)

ชื่อกรรมการบริษัท ตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท+ตราประทับ (ถ้ามี)

/ ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์



กองควบคุมเครื่องมือแพทย์

Medical Device Control Division

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

แบบ ส.พ. ๑

ตัวอย่างการกรอกแบบ ส.พ.1

กรณียกเลิกกิจการใบรับแจ้งรายการละเอียดผลิตเครื่องมือแพทย์

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

หนังสือแจ้งเลิกกิจการ จำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ของ
ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเอียด หรือใบรับจัดแจ้ง ผลิต นำเข้า ขาย เครื่องมือแพทย์

วันที่ วันที่ยื่นเอกสาร

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) ชื่อกรรมการบริษัทตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท / ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์ เจ้าของกิจการ / ผู้ดำเนินกิจการ

ในนามของ (ชื่อนิติบุคคล / บุคคลธรรมดา) ชื่อบริษัท / ร้านค้า ผู้จดทะเบียนสถานประกอบการ / ผู้รับอนุญาต / ผู้แจ้งรายการละเอียด / ผู้จัดแจ้ง

ขอแจ้งเลิกกิจการ ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ เลขที่
 ใบอนุญาต จำนวน ฉบับ เลขที่
 ใบรับแจ้งรายการละเอียด จำนวน ฉบับ เลขที่ เลขที่ใบรับแจ้งรายการละเอียดผลิตเครื่องมือแพทย์
 ใบรับจัดแจ้ง จำนวน ฉบับ เลขที่

ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. โดย ไม่มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่ มีเครื่องมือแพทย์เหลืออยู่และเก็บไว้ ณ สถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์

ตั้งรายการละเอียดต่อไปนี้ วันที่ต้องการยกเลิกใบรับแจ้งรายการละเอียดผลิตเครื่องมือแพทย์อาจจะเป็นวันเดียวกับวันที่มายื่นหรือวันที่ยกเลิกกิจการไม่เกิน 30 วัน นับจากวันที่มายื่น

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

(ลายมือชื่อ)..... เจ้าของกิจการ / ผู้ดำเนินกิจการ

(.....)

ชื่อกรรมการบริษัท ตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท+ตราประทับ (ถ้ามี)

/ ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์



ตัวอย่างหนังสือมอบอำนาจเพื่อเป็นผู้ยื่นขอยกเลิก/แจ้งไม่ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเอียด ใบรับจดแจ้ง (นำเข้า/ผลิต) เครื่องมือแพทย์

กระดาษหัวบริษัท

หนังสือมอบอำนาจผู้ยื่นเอกสารขอยกเลิก/ไม่ต่ออายุ ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเอียด ใบรับจดแจ้ง เครื่องมือแพทย์

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

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

สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่เลขที่.....
ถนน.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทร.....
กรอกที่อยู่สำนักงานใหญ่

โดยมี.....ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท
เป็นผู้มีอำนาจจัดการแทนนิติบุคคลปรากฏตามหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคลกระทรวงพาณิชย์ เลขที่
เลขนิติบุคคล 13 หลัก หรือเลขประชาชนในทะเบียนพาณิชย์.....จดทะเบียนวันที่.....วันที่จดทะเบียนบริษัท/พาณิชย์.....ขอมอบอำนาจ
และแต่งตั้งให้.....ชื่อ-สกุล ผู้กระทำแทน.....อายุ.....ปี
สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....

อยู่บ้านเลขที่.....ต.รอฟ.....หมู่ที่.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ.....กรอกที่อยู่ตามทะเบียนบ้านที่อัปเดต.....
โทร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail).....

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

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

ข้อ 2 ให้มีอำนาจในการให้คำรับรองถ้อยคำต่อเจ้าหน้าที่ แก่ไขเอกสาร เพิ่มเติมเอกสาร รับรองเอกสาร
รับเอกสารคืน ตลอดจนดำเนินการอื่นใดที่จำเป็นเกี่ยวกับการขอยกเลิกใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเอียด
หรือใบรับจดแจ้งเครื่องมือแพทย์ ดังกล่าวจนเสร็จการ

ข้อ 3 ขอแจ้งเลิกกิจการ/ไม่ต่ออายุของใบ.....ใบอนุญาต/ใบรับแจ้งรายการละเอียด เลขที่ใบอนุญาต/ใบรับแจ้งรายการละเอียด

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

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

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)
ลงชื่อ.....ชื่อ-สกุล ผู้กระทำแทน ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

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

อากร
แสตมป์
10 บาท

ประทับตรา
บริษัท

พยานระบุให้ครบ 2 คน





กองควบคุมเครื่องมือแพทย์

Medical Device Control Division

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

เอกสารประกอบการยื่นขอยกเลิกใบอนุญาตหรือใบรับแจ้งรายการละเอียด

กรณีแจ้งไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุ

เมื่อใบอนุญาตหรือใบรับแจ้งรายการละเอียด สิ้นอายุแล้ว



เอกสารที่ต้องใช้ กรณีแจ้งไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุ
เมื่อใบอนุญาตหรือใบรับแจ้งรายการละเอียด เครื่องมือแพทย์ สิ้นอายุแล้ว

ลำดับ	รายการเอกสาร	หมายเหตุ
1.	หนังสือแจ้งยื่นจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อไม่ต่ออายุ	
2.	หนังสือแจ้งแบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ กรณีไม่ต่ออายุ (แบบ ล.พ. 2)	
3.	ใบอนุญาตหรือใบรับแจ้งรายการละเอียดเครื่องมือแพทย์ ฉบับจริงหรือ สำเนา (ถ้ามี)	
4.	หนังสือรับรองบริษัท (ออกไม่เกิน 6 เดือน)	ให้กรรมการบริษัทเป็นผู้มอบอำนาจลงลายมือชื่อและประทับตราตามเงื่อนไขบริษัทที่ระบุในหน้าหนังสือรับรองบริษัท
5.	หนังสือมอบอำนาจเพื่อเป็นผู้ยื่นขอยกเลิก/แจ้งไม่ต่ออายุใบอนุญาตหรือใบรับแจ้งรายการละเอียดเครื่องมือแพทย์เครื่องมือแพทย์ (กรณีกรรมการตามเงื่อนไขบริษัทไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง)	
6.	สำเนาบัตรประชาชนผู้มอบอำนาจ และ ผู้รับมอบอำนาจ (หากกรรมการตามเงื่อนไขบริษัทมายื่นเอกสารยกเลิกด้วยตนเอง ใช้สำเนาบัตรประชาชนกรรมการตามเงื่อนไขบริษัทและลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง)	



ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือยื่นแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อไม่ต่ออายุ (กรณีนำเข้า)

เขียนที่ ชื่อบริษัท/ร้านค้า.....

วันที่วันที่ยื่นเอกสาร

เรื่อง หนังสือแจ้งยื่นจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อไม่ต่ออายุ

ใบอนุญาตนำเข้าเครื่องมือแพทย์ เลขที่เลขที่ใบอนุญาต.....

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

- สิ่งที่แนบมาด้วย
1. ใบอนุญาตนำเข้าเครื่องมือแพทย์ ฉบับจริงหรือใบแทนหรือสำเนา (ถ้ามี)
เลขที่.....เลขที่ใบอนุญาต.....
 2. แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ (แบบ ล.พ.2)
 3. หนังสือรับรองบริษัท (ออกไม่เกิน 6 เดือน)
 4. หนังสือมอบอำนาจเพื่อเป็นผู้ยื่นแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อไม่ต่ออายุ
 5. สำเนาบัตรประชาชนผู้มอบและผู้รับมอบอำนาจตามเงื่อนไขบริษัท

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

ในนาม..... ชื่อบริษัท/ร้านค้า

ตั้งอยู่เลขที่ที่อยู่ตามหน้าใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์.....

มีความประสงค์ขอไม่ต่ออายุใบอนุญาตนำเข้าเครื่องมือแพทย์ เลขที่..... เลขที่ใบอนุญาต.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจ/กรรมการบริษัท

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

*หากมีหลายท่านต้องลงชื่อให้ครบ

ตราประทับ
บริษัท (ถ้ามี)

เขียนที่ ชื่อบริษัท/ร้านค้า.....

วันที่วันที่ยื่นเอกสาร

เรื่อง หนังสือแจ้งยื่นจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อไม่ต่ออายุ

ใบรับแจ้งรายการละเอียดนำเข้าเครื่องมือแพทย์ เลขที่เลขที่ใบรับแจ้งรายการละเอียด.....

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

- สิ่งที่แนบมาด้วย
1. ใบอนุญาตนำเข้าเครื่องมือแพทย์ ฉบับจริงหรือใบแทนหรือสำเนา (ถ้ามี)
เลขที่.....เลขที่ใบรับแจ้งรายการละเอียด.....
 2. แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่ (แบบ ล.พ.2)
 3. หนังสือรับรองบริษัท (ออกไม่เกิน 6 เดือน)
 4. หนังสือมอบอำนาจเพื่อเป็นผู้ยื่นแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่เมื่อไม่ต่ออายุ
 5. สำเนาบัตรประชาชนผู้มอบและผู้รับมอบอำนาจตามเงื่อนไขบริษัท

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

ในนาม..... ชื่อบริษัท/ร้านค้า

ตั้งอยู่เลขที่ที่อยู่ตามหน้าใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์.....

มีความประสงค์ขอไม่ต่ออายุใบรับแจ้งรายการละเอียดนำเข้าเครื่องมือแพทย์ เลขที่..... เลขที่ใบรับแจ้งรายการละเอียด.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจ/กรรมการบริษัท

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

*หากมีหลายท่านต้องลงชื่อให้ครบ

ตราประทับ
บริษัท (ถ้ามี)



กองควบคุมเครื่องมือแพทย์

Medical Device Control Division

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

แบบ ล.พ. ๒

ตัวอย่างการกรอกแบบ ล.พ.2
กรณีไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบอนุญาตนำเข้าเครื่องมือแพทย์

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

แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่
เมื่อไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเอียดหรือใบรับจดแจ้ง
 ผลิต นำเข้า ขาย เครื่องมือแพทย์

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) **ชื่อกรรมการบริษัทตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท / ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์** **วันที่** **วันที่ยื่นเอกสาร**
ในนามของ (ชื่อนิติบุคคล / บุคคลธรรมดา) **ชื่อบริษัท / ร้านค้า** **ผู้จดทะเบียนสถานประกอบการ / ผู้รับอนุญาต / ผู้แจ้งรายการละเอียด / ผู้จดแจ้ง**
ซึ่งไม่ต่ออายุ / ผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุ ในกรณีต่อไปนี้

- ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ เลขที่ ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.
- ใบอนุญาต จำนวน ฉบับ เลขที่ **เลขที่ใบอนุญาตนำเข้าเครื่องมือแพทย์ ที่ไม่ต่ออายุ** ตั้งแต่วันที่ **1** เดือน **มกราคม** พ.ศ. **ปีทีสิ้นสุดสภาพ**
- 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

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



กองควบคุมเครื่องมือแพทย์

Medical Device Control Division

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

แบบ ล.พ. ๒

ตัวอย่างการกรอกแบบ ล.พ.2
กรณีไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบรับแจ้งรายการละเอียดนำเข้าเครื่องมือแพทย์

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

แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่
เมื่อไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเอียดหรือใบรับจดแจ้ง
 ผลิต นำเข้า ขาย เครื่องมือแพทย์

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) ชื่อกรรมการบริษัทตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท / ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์ วันที่ วันที่ยื่นเอกสาร
ในนามของ (ชื่อนิติบุคคล / บุคคลธรรมดา) ชื่อบริษัท / ร้านค้า ผู้จดทะเบียนสถานประกอบการ / ผู้รับอนุญาต / ผู้แจ้งรายการละเอียด / ผู้จดแจ้ง
ซึ่งไม่ต่ออายุ / ผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุ ในกรณีต่อไปนี้

ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ เลขที่ ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.
 ใบอนุญาต จำนวน ฉบับ เลขที่ ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.
 ใบรับแจ้งรายการละเอียด จำนวน ฉบับ เลขที่ เลขที่ใบรับแจ้งรายการละเอียดนำเข้าเครื่องมือแพทย์ ที่ไม่ต่ออายุ ตั้งแต่วันที่ 1 เดือน มกราคม พ.ศ. ปีที่สิ้นสภาพ
 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

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



ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือยื่นแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลื่ออยู่เมื่อไม่ต่ออายุ (กรณีผลิต)

เขียนที่ ชื่อบริษัท/ร้านค้า.....

วันที่ วันที่ยื่นเอกสาร

เรื่อง หนังสือแจ้งยื่นจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลื่ออยู่เมื่อไม่ต่ออายุ

ใบอนุญาตผลิตเครื่องมือแพทย์ เลขที่เลขที่ใบอนุญาต.....

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

สิ่งที่แนบมาด้วย 1. ใบอนุญาตผลิตเครื่องมือแพทย์ ฉบับจริงหรือใบแทนหรือสำเนา (ถ้ามี)

เลขที่เลขที่ใบอนุญาต.....

2. แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์ที่เหลื่ออยู่ (แบบ ล.พ.2)

3. หนังสือรับรองบริษัท (ออกไม่เกิน 6 เดือน)

4. หนังสือมอบอำนาจเพื่อเป็นผู้ยื่นแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลื่ออยู่เมื่อไม่ต่ออายุ

5. สำเนาบัตรประชาชนผู้มอบและผู้รับมอบอำนาจตามเงื่อนไขบริษัท

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

ในนาม..... ชื่อบริษัท/ร้านค้า

ตั้งอยู่เลขที่ที่อยู่ตามหน้าใบจดทะเบียนสถานประกอบการผลิตเครื่องมือแพทย์.....

มีความประสงค์ขอไม่ต่ออายุใบอนุญาตผลิตเครื่องมือแพทย์ เลขที่..... เลขใบอนุญาต.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจ/กรรมการบริษัท

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

*หากมีหลายท่านต้องลงชื่อให้ครบ

ตราประทับ
บริษัท (ถ้ามี)

เขียนที่ ชื่อบริษัท/ร้านค้า.....

วันที่ วันที่ยื่นเอกสาร

เรื่อง หนังสือแจ้งยื่นจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลื่ออยู่เมื่อไม่ต่ออายุ

ใบรับแจ้งรายการละเอียดผลิตเครื่องมือแพทย์ เลขที่เลขที่ใบรับแจ้งรายการละเอียด.....

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

สิ่งที่แนบมาด้วย 1. ใบรับแจ้งรายการละเอียดผลิตเครื่องมือแพทย์ ฉบับจริงหรือใบแทนหรือสำเนา (ถ้ามี)

เลขที่เลขที่ใบรับแจ้งรายการละเอียด.....

2. แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บรักษาเครื่องมือแพทย์ที่เหลื่ออยู่ (แบบ ล.พ.2)

3. หนังสือรับรองบริษัท (ออกไม่เกิน 6 เดือน)

4. หนังสือมอบอำนาจเพื่อเป็นผู้ยื่นแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลื่ออยู่เมื่อไม่ต่ออายุ

5. สำเนาบัตรประชาชนผู้มอบและผู้รับมอบอำนาจตามเงื่อนไขบริษัท

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

ในนาม..... ชื่อบริษัท/ร้านค้า

ตั้งอยู่เลขที่ที่อยู่ตามหน้าใบจดทะเบียนสถานประกอบการผลิตเครื่องมือแพทย์.....

มีความประสงค์ขอไม่ต่ออายุใบรับแจ้งรายการละเอียดผลิตเครื่องมือแพทย์ เลขที่..... เลขใบรับแจ้งรายการละเอียด.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจ/กรรมการบริษัท

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

*หากมีหลายท่านต้องลงชื่อให้ครบ

ตราประทับ
บริษัท (ถ้ามี)



กองควบคุมเครื่องมือแพทย์

Medical Device Control Division

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

แบบ ล.พ. ๒

ตัวอย่างการกรอกแบบ ล.พ.2
กรณีไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบอนุญาตผลิตเครื่องมือแพทย์

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

แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่
เมื่อไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเอียดหรือใบรับจดแจ้ง
 ผลิต นำเข้า ขาย เครื่องมือแพทย์

วันที่ วันที่ยื่นเอกสาร

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) ชื่อกรรมการบริษัทตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท / ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์ เจ้าของกิจการ / ผู้ดำเนินกิจการ
ในนามของ (ชื่อนิติบุคคล / บุคคลธรรมดา) ชื่อบริษัท / ร้านค้า ผู้จดทะเบียนสถานประกอบการ / ผู้รับอนุญาต / ผู้แจ้งรายการละเอียด / ผู้จดแจ้ง
ซึ่งไม่ต่ออายุ / ผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุ ในกรณีต่อไปนี้

ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ เลขที่ ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.
 ใบอนุญาต จำนวน ฉบับ เลขที่ เลขที่ใบอนุญาตผลิตเครื่องมือแพทย์ ที่ไม่ต่ออายุ ตั้งแต่วันที่ 1 เดือน มกราคม พ.ศ. ปีที่สิ้นสภาพ
 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)..... ผู้ดำเนินกิจการ / เจ้าของกิจการ
ชื่อกรรมการบริษัท ตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท+ตราประทับ (ถ้ามี) / ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์

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



กองควบคุมเครื่องมือแพทย์

Medical Device Control Division

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

แบบ ล.พ. ๒

ตัวอย่างการกรอกแบบ ล.พ.2
กรณีไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบรับแจ้งรายการละเอียดผลิตเครื่องมือแพทย์

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

แบบแจ้งจำนวนและสถานที่เก็บเครื่องมือแพทย์ที่เหลืออยู่
เมื่อไม่ต่ออายุหรือผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเอียดหรือใบรับจดแจ้ง
 ผลิต นำเข้า ขาย เครื่องมือแพทย์

วันที่ วันที่ยื่นเอกสาร

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) ชื่อกรรมการบริษัทตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท / ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์ เจ้าของกิจการ / ผู้ดำเนินกิจการ
ในนามของ (ชื่อนิติบุคคล / บุคคลธรรมดา) ชื่อบริษัท / ร้านค้า ผู้จดทะเบียนสถานประกอบการ / ผู้รับอนุญาต / ผู้แจ้งรายการละเอียด / ผู้จดแจ้ง
ซึ่งไม่ต่ออายุ / ผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุ ในกรณีต่อไปนี้

- ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ เลขที่ ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.
- ใบอนุญาต จำนวน ฉบับ เลขที่ ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.
- ใบรับแจ้งรายการละเอียด จำนวน ฉบับ เลขที่ เลขที่ใบรับแจ้งรายการละเอียดผลิตเครื่องมือแพทย์ที่ไม่ต่ออายุ ตั้งแต่วันที่ 1 เดือน มกราคม พ.ศ. ปีที่สิ้นสภาพ
- 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)..... ผู้ดำเนินกิจการ / เจ้าของกิจการ

ชื่อกรรมการบริษัท ตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท+ตราประทับ (ถ้ามี) / ชื่อบุคคลตามใบทะเบียนพาณิชย์

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



กองควบคุมเครื่องมือแพทย์
Medical Device Control Division

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ตัวอย่างหนังสือมอบอำนาจเพื่อเป็นผู้ยื่นขอยกเลิก/แจ้งไม่ต่ออายุใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเอียด ใบรับจดแจ้ง (นำเข้า/ผลิต) เครื่องมือแพทย์

กระดาษหัวบริษัท

หนังสือมอบอำนาจผู้ยื่นเอกสารขอยกเลิก/ไม่ต่ออายุ ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ ใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเอียด ใบรับจดแจ้ง เครื่องมือแพทย์

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

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

สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่เลขที่.....
ถนน.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทร.....
กรอกที่อยู่สำนักงานใหญ่.....

โดยมี..... ชื่อกรรมการตามเงื่อนไขในหนังสือรับรองบริษัท.....
เป็นผู้มีอำนาจจัดการแทนนิติบุคคลปรากฏตามหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคลกระทรวงพาณิชย์ เลขที่.....
เลขนิติบุคคล 13 หลัก หรือเลขประชาชนในทะเบียนพาณิชย์..... จดทะเบียนวันที่วันที่จดทะเบียนบริษัท/พาณิชย์..... ขอมอบอำนาจ
และแต่งตั้งให้..... ชื่อ-สกุล ผู้กระทำแทน..... อายุ..... ปี
สัญชาติ..... เชื้อชาติ.....

อยู่บ้านเลขที่..... ตรอก/ซอย.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
โทร.....
กรอกที่อยู่ตามทะเบียนบ้านที่อัปเดต.....
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail).....

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

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

ข้อ 2 ให้มีอำนาจในการให้คำรับรองถ้อยคำต่อเจ้าหน้าที่ แก่ไขเอกสาร เพิ่มเติมเอกสาร รับรองเอกสาร
รับเอกสารคืน ตลอดจนดำเนินการอื่นใดที่จำเป็นเกี่ยวกับการขอยกเลิกใบอนุญาต ใบรับแจ้งรายการละเอียด
หรือใบรับจดแจ้งเครื่องมือแพทย์ ดังกล่าวจนเสร็จการ

ข้อ 3 ขอแจ้งเลิกกิจการ/ไม่ต่ออายุของใบ..... ใบอนุญาต/ใบรับแจ้งรายการละเอียด..... เลขที่ใบอนุญาต/ใบรับแจ้งรายการละเอียด.....

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

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

อากร
แสตมป์
10 บาท

ประทับตรา
บริษัท

ลงชื่อ..... ผู้มอบอำนาจ
(.....)
ลงชื่อ..... ชื่อ-สกุล ผู้กระทำแทน ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

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

พยานระบุให้ครบ 2 คน

