

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

**ตัวอย่างการกรอก**  
**(กรณีเป็นสถานพยาบาล**  
**ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)**

ที่ปิดรูปถ่าย  
ผู้ขอรับอนุญาตหรือ  
ผู้ดำเนินการ  
ขนาด 1 นิ้ว

**คำขอรับอนุญาต**  
**ผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษ**  
**ในประเภท 4 หรือในประเภท 5**

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

- ข้าพเจ้า.....**สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**.....  
(ชื่อผู้ขอรับอนุญาต)  
อยู่เลขที่.....**88/20**..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....**ติวานนท์**.....  
หมู่ที่..... ตำบล/แขวง.....**ตลาดขวัญ**..... อำเภอ/เขต.....**เมืองนนทบุรี**.....  
จังหวัด.....**นนทบุรี**..... โทรศัพท์.....
- ซึ่งมีผู้ดำเนินการ ชื่อ.....**นายสมธิ ปัญญาดี ... (ผู้อำนวยการ รพ. เจ็ดแปด)**.....อายุ.....ปี  
สัญชาติ..... อยู่เลขที่.....**ระบุที่อยู่ตามทะเบียนบ้านของผู้ดำเนินการโรงพยาบาล**..... ตรอก/ซอย.....  
ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....
- ขอรับอนุญาตผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 หรือในประเภท 5 โดยมีสถานที่ทำการ คือ.....**โรงพยาบาลเจ็ดแปด**.....  
(ชื่อสถานที่ผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครอง)  
อยู่เลขที่.....**ระบุที่อยู่ของโรงพยาบาล**..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด..... โทรศัพท์.....  
พิกัด GPS.....**ระบุพิกัดตามที่อยู่ของโรงพยาบาล เช่น 13.846975, 100.527532**.....
- พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ  
(1) หนังสือแสดงว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการของนิติบุคคลผู้ขอรับอนุญาตตาม 2. (กรณีผู้ขอรับอนุญาตเป็นนิติบุคคล)  
(2) เอกสารหรือหลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)

ลายมือชื่อ.....**สมธิ ปัญญาดี**.....ผู้ยื่นคำขอ

( **นายสมธิ ปัญญาดี** )

**หมายเหตุ** ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก