



ภาคผนวก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved



ภาคผนวก ก

แบบสอบถามผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบัน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก

แบบสอบถามเรื่อง “ต้นทุนและผลตอบแทนร้านขายยาแผนปัจจุบัน ในอำเภอเมืองตาก”

คำชี้แจง 1. แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรบัญชีมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

2. กรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อและตามความเป็นจริง เพราะคำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างมากในการวางแผนพัฒนาธุรกิจร้านขายยาแผนปัจจุบันต่อไป

3. ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม จึงไม่มีผลกระทบโดยตรงต่อท่าน

4. แบบสอบถามมีทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านต้นทุนร้านขายยาแผนปัจจุบัน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านรายได้ของร้านขายยาแผนปัจจุบัน

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นต่อธุรกิจร้านขายยาแผนปัจจุบัน

ส่วนที่ 5 ปัญหา และข้อเสนอแนะ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบัน

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงใน () หรือกรอกคำตอบให้ชัดเจนตามความเป็นจริง

1. เพศ () ชาย () หญิง

2. อายุ () 20-29 ปี () 30-39 ปี () 40-49 ปี () 50-59 ปี

3. ระดับการศึกษา

() ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น () มัธยมศึกษาตอนต้น

() มัธยมศึกษาตอนปลาย () อนุปริญญา/ ปวส.

() ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี

4. ระยะเวลาการดำเนินกิจการร้านขายยาแผนปัจจุบัน

() น้อยกว่า 1 ปี () 1-5 ปี

() 6-10 ปี () มากกว่า 10 ปี

5. เงินทุนที่ใช้ในธุรกิจร้านขายยาแผนปัจจุบัน

() เงินทุนส่วนตัว

() เงินกู้ยืม โปรดระบุแหล่งเงินทุน.....

อัตราดอกเบี้ยต่อปี.....

6. ท่านมีอาชีพอื่นนอกจากธุรกิจร้านขายยาแผนปัจจุบันหรือไม่
 มี โปรดระบุ..... รายได้ต่อปีประมาณ.....บาท
 ไม่มี
7. มีใบอนุญาตประกอบร้านขายยาแผนปัจจุบัน
 มี ประเภท ร้านขายยาแผนปัจจุบัน
 ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะขายบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
 ไม่มี
8. มีเภสัชกรประจำร้านขายยาแผนปัจจุบัน มี ไม่มี
9. ร้านขายยาแผนปัจจุบันของท่านมีฐานะเป็น
 บุคคลธรรมดา คณะบุคคล
 ห้างหุ้นส่วน บริษัท
10. ลักษณะการครอบครองสถานที่ประกอบธุรกิจร้านขายยาแผนปัจจุบัน
 เจ้าของกรรมสิทธิ์ เช่า
 เช่าซื้อ อื่น ๆ ระบุ.....
11. จำนวนผู้ใช้บริการร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉลี่ย.....คนต่อวัน
12. ท่านทราบถึงมาตรฐานร้านขายยาแผนปัจจุบัน ทราบ ไม่ทราบ
13. ช่วงเวลาการเปิดบริการของร้านขายยาแผนปัจจุบัน
 06: 00- 16:00 07: 00- 17:00
 08: 00- 18:00 อื่น ๆ โปรดระบุ.....
12. ภายในร้านขายยาแผนปัจจุบันของท่านมีเอกสารเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการยาแผนปัจจุบัน
 มี ไม่มี
14. ภายในร้านขายยาแผนปัจจุบันของท่านมีบริการอื่น ๆ (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต
 เครื่องวัดส่วนสูง เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด
 อื่นๆ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านต้นทุนร้านขายยาแผนปัจจุบัน

ประเภทต้นทุน	จำนวน (บาท)	
1. ค่าใช้จ่ายในการลงทุน		
1.1 ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอาคาร		
- ค่าเช่า (กรณีเช่า) ต่อปี		
- ค่าประกันการเช่าอาคาร (กรณีเช่า) ต่อปี		
- ค่าเช่าซื้อ (กรณีเช่าซื้อ) ต่อปี		
- ค่าอาคาร (กรณีซื้อ)		
1.2 ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการตกแต่งร้าน		
1.3 ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับเครื่องใช้สำนักงาน		
2. ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน	ต่อเดือน	ต่อปี
2.1 เงินเดือนพนักงาน/ ลูกจ้าง		
2.2 ค่าวัสดุที่ใช้ไป เช่น ซองยา ถุงใส่ยา ฯลฯ		
2.3 ค่าน้ำประปา		
2.4 ค่าไฟฟ้า		
2.5 ค่าโทรศัพท์		
2.6 ค่าโฆษณา		

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านรายได้ของร้านขายยาแผนปัจจุบัน

รายได้จำนวน (บาท)	จำนวนต่อเดือน	จำนวนเฉลี่ยต่อปี
1. จากการจำหน่ายยาแผนปัจจุบัน		
2. จากการจำหน่ายยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ		
3. จากการจำหน่ายวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น สำลี ผ้ากอซ ฯลฯ		
4. จากการจำหน่ายผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร		
5. อื่น ๆ โปรดระบุ.....		

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นต่อธุรกิจร้านขายยาแผนปัจจุบัน

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

คำถาม ท่านคิดว่าปัจจัยดังต่อไปนี้ มีผลต่อการประกอบธุรกิจร้านขายยาแผนปัจจุบันมากน้อยเพียงใด

ปัจจัย	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ราคาขาย					
2. คุณภาพของยา หรือผลิตภัณฑ์					
3. ความหลากหลายของยาหรือผลิตภัณฑ์					
4.ทำเลที่ตั้ง					
5. การตกแต่งสถานที่/ ความสะอาด					
6. การโฆษณา					
7. การมีเภสัชกรประจำร้านขายยา					
8. การได้รับรองมาตรฐานร้านขายยา					
9. การมีใบอนุญาตประกอบการร้านขายยา					
10. การมีบริการอื่น ๆ เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดความดัน โลหิต ฯลฯ					
11. การส่งเสริมการตลาด เช่น การลด แลก แจก แถม ฯลฯ					
12. สภาวะการแข่งขันของธุรกิจ					
13. การสนับสนุนของรัฐบาล					

ส่วนที่ 5 ปัญหา และข้อเสนอแนะ

.....

.....

ขอขอบคุณทุกท่านที่เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้
ชณิษฐา พิชญวงศ์กุลชัย



ภาคผนวก ข

รายชื่อผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันในอำเภอเมืองตาก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

DrugStore Type 1(5-7-54)

ชื่อที่อยู่ สถานประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันในอำเภอเมืองตาก

ลำดับ ที่	ปีพ.ศ.ที่ ขออนุญาต	ชื่อผู้ขออนุญาต	ชื่อสถานประกอบการ	ที่อยู่	อำเภอ/จังหวัด	หมายเหตุ/ตรวจสอบ
1	2529	นายอดิศักดิ์ ทวีเกื้อกูลกิจ	ตากสิน โอสด	321/2-3 ถ.มหาไทยบำรุง ต.หนองหลวง	อ.เมือง จ.ตาก	1/2529
2	2529	นายอำพล ฉัตรไชย	ฮั่วเฮงตั้ง	559 ถ.ตากสิน ต.หนองหลวง	อ.เมือง จ.ตาก	4/2529
3	2529	นางผ่องพรรณ อนันตานนท์	วิเศษโอสด2	221 ถ.จอมพล ต.หนองหลวง	อ.เมือง จ.ตาก	5/2529
4	2529	นายคุ่นชัน ชัยประเดิเทศศักดิ์	รามาสกซ์	577-9 ถ.ตากสิน ต.หนองหลวง	อ.เมือง จ.ตาก	แจ้งปรับปรุงกิจการ 20/2529
5	2529	นายวิรุฬห์ เพียรสุภาพ	วิฑูรย์โอสด	292/1 ถ.ไทยชนะ ต.เชียงใหม่	อ.เมือง จ.ตาก	ยกเลิกกิจการ(ต่อไปขออนุญาต)21/2529
6	2530	นายพิทักษ์ พิทักษ์วรพันธ์	พ.เภสัชกร	175 ถ.มหาไทยบำรุง ต.หนองหลวง	อ.เมือง จ.ตาก	
7	2533	จ.อ.มงคล แสงโพธิ์	นรินทร์เภสัช	20 ถ.จอมพล ต.หนองหลวง	อ.เมือง จ.ตาก	
8	2533	นายวีระพันธ์ สกุลไทย	วีระพันธ์เภสัช	18/19 ถ.มหาไทยบำรุง ต.หนองหลวง	อ.เมือง จ.ตาก	
9	2533	นางอารี ฉัตรไชยภักย์	ฮั่วเฮงตั้ง 3	356 ถ. ตากสิน ต.หนองหลวง	อ.เมือง จ.ตาก	4/2553
10	2537	นายคุ่นชัน ชัยประเดิเทศศักดิ์	รามาสกซ์ 2	52 ถ. จอมพล ต.หนองหลวง	อ.เมือง จ.ตาก	
11	2547	นายบรรพต ภูวกุล	ศาลายา	2/10 ถ.ท่าเรือ ต.ระแหง	อ.เมือง จ.ตาก	
12	2548	นางสาวกนกพร มั่นเมือง	ศรีศิริเภสัช	2/15 ถ.พหลโยธิน ต.ระแหง	อ.เมือง จ.ตาก	
13	2549	นางวิไลวรรณ เครื่องกำแหง	บ้านยา	61/17 หมู่ที่ 7 ถ.พหลโยธิน ต.ไม้งาม	อ.เมือง จ.ตาก	
14	2550	นางสุดารัตน์ จันทนะเปลิน	เภสัชกรน้อย	257/1 ถ.รามคำแหง ต.หัวเดียด	อ.เมือง จ.ตาก	
15	2550	นางสาวอารี วิสุทธิพันธ์	ชานีโอสด	592 ถ.ตากสิน ต.หนองหลวง	อ.เมือง จ.ตาก	2/2550
16	2551	นายอรรถพงษ์ ฉัตรไชยภักย์	ฮั่วเฮงตั้ง 2	57 ถ.จอมพล ต.หนองหลวง	อ.เมือง จ.ตาก	



ภาคผนวก ค

การจดทะเบียนร้านขายยาแผนปัจจุบัน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

แบบฟอร์มและเอกสารการขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

ติดต่อสอบถามรายละเอียดได้ที่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก

เลขที่ 165 ม.7 ต.พหลโยธิน ต.ไผ่งาม อ.เมือง จ.ตาก 63000

โทร. 0-5551-8122 โทรสาร 0-5551-8109

e-mail: rx040@hotmail.com

1. แบบคำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (แบบ ข.ย.1)
2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขออนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
3. สำเนาบัตรประชาชนบัตรข้าราชการของผู้ขออนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
4. ใบรับรองแพทย์ของผู้ขออนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการซึ่งรับรองว่าไม่เป็นโรคตามมาตรา14(6)แห่ง พ.ร.บ.ยา พ.ศ.2510
5. คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
6. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
7. สัญญาระหว่างผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ จำนวน 3 ชุด
8. เอกสารแสดงการเป็นเจ้าของกิจการและหลักทรัพย์
 - 3.1 กรณีผู้ขออนุญาตเป็นเจ้าของสถานที่ที่จะเปิดทำการ
สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ที่จะเปิดทำการซึ่งระบุว่าผู้ขออนุญาตเป็นเจ้าของสถานที่ดังกล่าว
 - 3.2 กรณีผู้ขออนุญาตไม่ได้เป็นเจ้าของสถานที่ที่จะเปิดทำการ
 - สำเนานั่งสื้อสัญญาเช่าอาคาร
 - สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ที่จะเปิดทำการ
 - หนังสือรับรองจากธนาคารระบวยอดเงินฝากของผู้อนุญาต หรือสำเนาโฉนดที่ดินที่ระบุว่าผู้ขออนุญาตเป็นเจ้าของโฉนดนั้น
 - 3.3 กรณีเป็นนิติบุคคล ให้ส่งเอกสารดังนี้
 - หนังสือรับรองการจดทะเบียนการเป็นนิติบุคคล(บริษัท หรือห้างหุ้นส่วนจำกัด)
 - บัญชีรายชื่อผู้ถือหุ้นทั้งหมดของนิติบุคคล กรณีเป็นบริษัท หรือสำเนาทะเบียนบ้านกรณีเป็นห้างหุ้นส่วนจำกัด
9. เอกสารแสดงว่าเป็นผู้จัดการหรือผู้แทน ซึ่งเป็นผู้ดำเนินกิจการของนิติบุคคล (ใบมอบอำนาจพร้อมติดอากรแสตมป์ 30 บาท ในกรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)
10. สำเนาใบทะเบียนพาณิชย์
11. แผนที่ตั้งสถานที่ทำการ
12. แผนผังการจัดสถานที่ภายในของอาคารที่ขออนุญาตเป็นสถานที่ขายยา
13. รูปถ่ายของผู้ขออนุญาต ขนาด 1 นิ้ว ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 3 รูป (เขียนชื่อ-สกุล ด้านหลังรูป)

แบบ ข.ย.๑

ที่ปิดรูปถ่าย
ผู้ขออนุญาต
หรือ
ผู้ดำเนินการ
ขนาด ๓x๔
เซนติเมตร

เลขที่.....
วันที่.....
ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ

คำขออนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

(ชื่อผู้ขออนุญาต)

ซึ่งมีผู้ดำเนินการ ชื่อ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....

อยู่เลขที่.....ตรอก / ซอย.....ถนน.....

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

จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอรับใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน โดยมีสถานที่ขายยาชื่อ.....

อยู่เลขที่.....ตรอก / ซอย.....ถนน.....

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

จังหวัด.....โทรศัพท์.....เวลาทำการ.....

โดยมีเภสัชกรชั้น.....ชื่อ.....ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะเลขที่.....

(ถ้ามีมากกว่าหนึ่งคนให้แจ้งเพิ่มเติมท้ายคำขอนี้จนครบ)

เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา ๓๙ หรือมาตรา ๔๐ แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าในระยะเวลาสองปีก่อนยื่นคำขอนี้ ข้าพเจ้าไม่เคยได้รับโทษจำคุก โดยคำพิพากษาถึงที่สุด หรือคำสั่งที่ขอบด้วยกฎหมายให้จำคุกในความผิดที่กฎหมายบัญญัติ ให้ถือเอาการกระทำโดยทุจริตเป็นองค์ประกอบ หรือในความผิดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ กฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท กฎหมายว่าด้วยการขายยาหรือพระราชบัญญัตินี้

-๒-

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

- (๑) รูปถ่ายของผู้ดำเนินการ ขนาด ๓x๔ เซนติเมตร จำนวน ๒ รูป
- (๒) เอกสารแสดงการเป็นเจ้าของกิจการและหลักทรัพย์
- (๓) สำเนาหรือรูปถ่ายทะเบียนบ้านของผู้ดำเนินการ
- (๔) ใบรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งรับรองว่าผู้ดำเนินการไม่เป็นโรคตามมาตรา ๑๔ (๖) แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐
- (๕) สัญญาระหว่างผู้ขออนุญาตและเภสัชกร ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต
- (๖) สำเนาหรือรูปถ่ายใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะของเภสัชกรทุกคน ซึ่งรับจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของผู้ขออนุญาต
- (๗) เอกสารแสดงว่าเป็นผู้จัดการหรือผู้แทน ซึ่งเป็นผู้ดำเนินการของนิติบุคคล (กรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต)
- (๘) เอกสารอื่น ๆ ถ้ามี

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

หนังสือมอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

(ชื่อและประเภทนิติบุคคล) สำนักงานใหญ่ ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....หมู่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....โดยมี.....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการแทนนิติบุคคล ปรากฏตามหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล กระทรวงพาณิชย์
เลขที่.....ลงวันที่.....ขอมอบอำนาจและแต่งตั้งให้.....เป็นผู้ดำเนินการและมีอำนาจกระทำการ หรือมอบ
อำนาจให้กระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการเกี่ยวกับการขออนุญาต การรับใบอนุญาต การต่ออายุใบอนุญาต
และกิจการอื่นใดทุกประการเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา ไม่รวมถึงการแจ้งเลิกกิจการและการ
ขอเปลี่ยนผู้รับอนุญาต.....
(หมายถึงประเภทใบอนุญาต)การใดที่ผู้ดำเนินการและผู้รับมอบอำนาจดังกล่าว ได้กระทำไปภายใต้ขอบเขตแห่งการ
มอบอำนาจนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบและมีผลผูกพันข้าพเจ้าทุกประการ ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่.....
.....

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจและแต่งตั้งผู้ดำเนินการ

(.....)

(อากรแสตมป์

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

30 บาท)

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หมายเหตุ

1. ใช้หนังสือมอบอำนาจนี้ 1 ฉบับ สำหรับใบอนุญาต 1 ประเภท (สำหรับนิติบุคคล)
2. การมอบอำนาจต้องทำตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล

หนังสือมอบอำนาจให้ทำการแทน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

- ผู้รับอนุญาต ผู้ดำเนินกิจการ ผู้ขออนุญาต
 ขยายแผนปัจจุบัน นำหรือส่งยาแผนปัจจุบัน ฯ ผลิทยาแผนปัจจุบัน
 ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสำเร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
 ขยายแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสำเร็จสำหรับสัตว์
 ขยายแผนโบราณ นำหรือส่งยาแผนโบราณ ฯ ผลิทยาแผนโบราณ

ของ ร้าน / หจก. / หสน. / บริษัท.....

ใบอนุญาตเลขที่.....ตั้งอยู่ที่.....

ขอมอบอำนาจให้.....

 บัตรประจำตัวประชาชน บัตรประจำตัวข้าราชการ เลขที่.....

ออกให้โดย.....บัตรหมดอายุ.....

เป็นผู้กระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการเกี่ยวกับ การขออนุญาต การรับใบอนุญาต การต่อใบอนุญาต
 ลงนามเป็นผู้ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต การแก้ไขเปลี่ยนแปลงใบอนุญาต และกิจการอื่นใดทุกประการ
 เกี่ยวกับการประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา สำหรับใบอนุญาตดังกล่าวข้างต้น

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายใต้ขอบเขตแห่งการมอบอำนาจนี้ ข้าพเจ้าขอรับ
 ผิดชอบและมีผลผูกพันข้าพเจ้าทุกประการ ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

ปิด

อากรแสตมป์

10 บาท

สัญญาระหว่างผู้ที่รับอนุญาตกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สัญญาระหว่าง.....ในนามของร้านขายยา.....

เลขที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....ต.ก. ซึ่งต่อไปในสัญญาเรียกว่า ผู้รับอนุญาต ฝ่ายหนึ่งกับ.....

ผู้ประกอบการ [] การนำบัตรโรคสัตว์ [] โรคศิลปะแผน.....สาขา.....

ชั้น.....ใบอนุญาตเลขที่.....ซึ่งต่อไปในสัญญาเรียกว่าผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ อีกฝ่าย

หนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำสัญญานี้ เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐ ร่วมกันโดยมีข้อความดังนี้

1. ผู้รับอนุญาตยินยอม และตกลงให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เข้าปฏิบัติการหน้าที่ ณ ร้านขายยาชื่อ.....

.....ของผู้รับอนุญาต เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

2. ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการยินยอมรับปฏิบัติหน้าที่ตาม พระราชบัญญัติฯ พ.ศ. ๒๕๑๐

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ไว้ตามข้อ 1 ของสัญญานี้ทุกประการ

3. ผู้ขออนุญาตยินยอมจ่ายค่าทดแทนเป็นรายเดือน ให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เดือนละ.....บาท

(ภายในวันสิ้นเดือนปฏิบัติทุกเดือน)

4. หนังสือสัญญานี้มีอายุสัญญาจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.....

5. หากคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดบอกเลิกสัญญานี้ก่อนกำหนดตามข้อ 4 ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้กับ

ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 45 วัน และต้องแจ้งให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก ทราบตามกฎหมาย

ด้วย

6. หากต้องมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลง เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ที่ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการอยู่ เพื่อการปฏิบัติ

การได้เป็นไปตามกฎหมายโดยถูกต้องตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ. 2510 และกฎกระทรวงซึ่งออกตามความใน

พระราชบัญญัติฯฉบับดังกล่าว ผู้รับอนุญาตยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

7. ภาษีเงินได้ที่จะต้องเสียตามกฎหมาย ผู้รับอนุญาต และผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ตกลงกันว่า ผู้รับอนุญาต

เป็นผู้เสีย

8. หากปรากฏว่าคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไม่ปฏิบัติตามสัญญานี้ แม้แต่ข้อหนึ่งข้อใดสัญญานี้เป็นอันเลิกทันที

โดยคู่สัญญาไม่ต้องปฏิบัติตามข้อ 5 และคู่สัญญามีสิทธิ์ที่จะฟ้องเรียกค่าเสียหายได้ตามกฎหมายหากมีการฟ้องร้อง

กันเกิดขึ้น ทั้งสองฝ่ายตกลงกันว่าฝ่ายที่ผิดสัญญา จะต้องเป็นผู้ชดใช้ค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้อง เช่น ค่าทนายและ

ค่าธรรมเนียมศาลหรืออื่นๆ เป็นต้น

9. สัญญานี้ทำขึ้นเป็นสามฉบับข้อความตรงกัน คู่สัญญายึดถือไว้คนละ หนึ่งฉบับ และมอบให้กลุ่มงาน
คุ้มครองผู้บริโภคและเกษตรสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก เก็บไว้เป็นหลักฐานหนึ่งฉบับ คู่สัญญาทั้ง
สองฝ่ายต่างเข้าใจในสัญญานี้ดีแล้ว จึงได้ลงชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้รับอนุญาต

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

คำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

แบบ ข.ย. ๑๑

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....

อยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

จังหวัด.....โทรศัพท์.....ขอให้คำรับรองต่อพนักงานเจ้าหน้าที่กองควบคุมยา

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ว่า

 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม(๑) ข้าพเจ้าเป็น ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งสาขา..... ผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ชั้น.....

ใบอนุญาตเลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

 ไม่เคยเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาแห่งใด
มาก่อน(๒) ข้าพเจ้า เคยเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา.....แห่งพระราชบัญญัติยา

พ.ศ. ๒๕๑๐ ของ.....จังหวัด.....มาก่อน แต่ได้เลิก

การเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ณ สถานที่ดังกล่าวตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(๓) ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขณะนี้ข้าพเจ้ามิได้เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของสถานที่ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา
แห่งใด(๔) ขณะนี้ข้าพเจ้า ไม่ได้รับราชการหรือทำงานอยู่แห่งใด รับราชการหรือทำงานประจำอยู่ที่.....
เวลาทำการ.....

(๕) ข้าพเจ้าจะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำ ณ สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน.....

ชื่อ.....อยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

 ตลอดเวลาที่เปิดทำการ เวลาทำการ.....ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าอาจถูกดำเนินคดีฐานแจ้งความเท็จต่อ
เจ้าพนักงาน

คำรับรองนี้ทำต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

(ลายมือชื่อ).....ผู้ให้คำรับรอง

(ลายมือชื่อ).....พนักงานเจ้าหน้าที่

หมายเหตุ :- ใส่เครื่องหมาย ในช่อง นำข้อความที่ต้องการ

ชื่อร้าน / บริษัท.....
ที่อยู่.....
.....



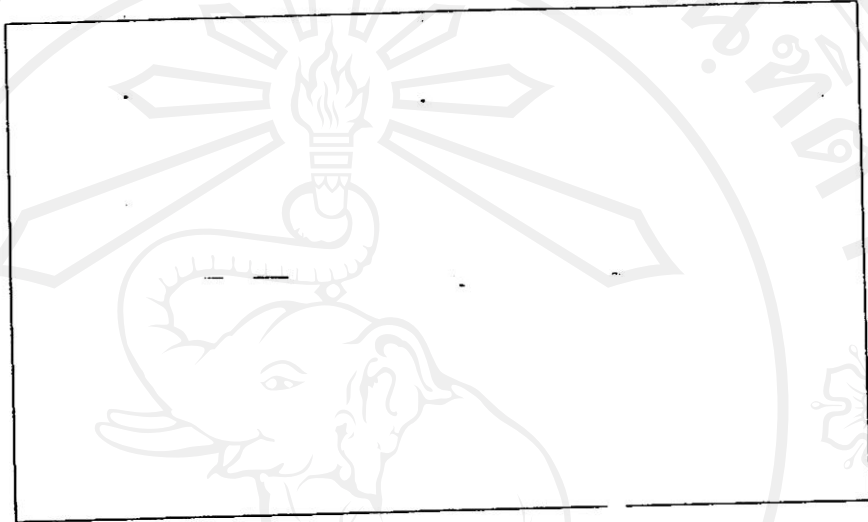
1. ภาพลักษณะของอาคารสถานที่ขออนุญาต



2. ด้านหน้าสถานที่ (ป้าย, เลขที่)

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

ชื่อร้าน / บริษัท.....
ที่อยู่.....



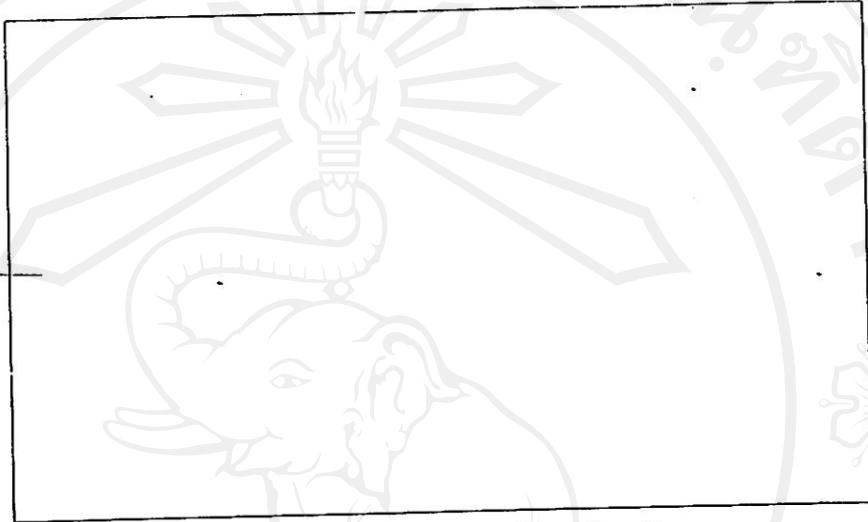
3. โต๊ะปรุจยา / บริเวณสำนักงาน ฯ



4. ด้านซ้ายของสถานที่ขออนุญาต / หน้าห้องเก็บยา

รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

อร่าน / บริษัท.....
ที่อยู่.....
.....



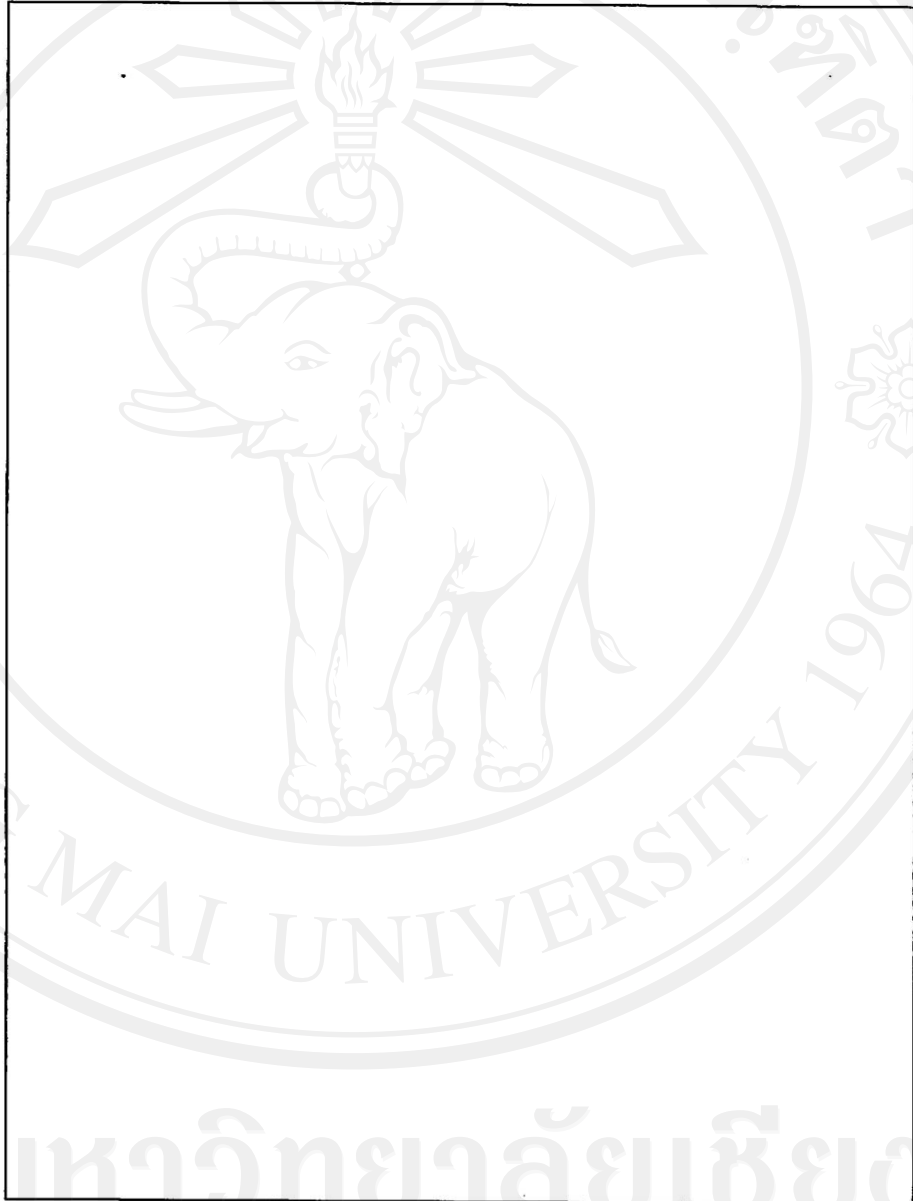
5. ด้านขวาของสถานที่ขออนุญาต / สภาพภายในห้องเก็บยา (ชั้นรองรับยา)



6. ป้ายแสดงสถานที่ประกอบการและป้ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

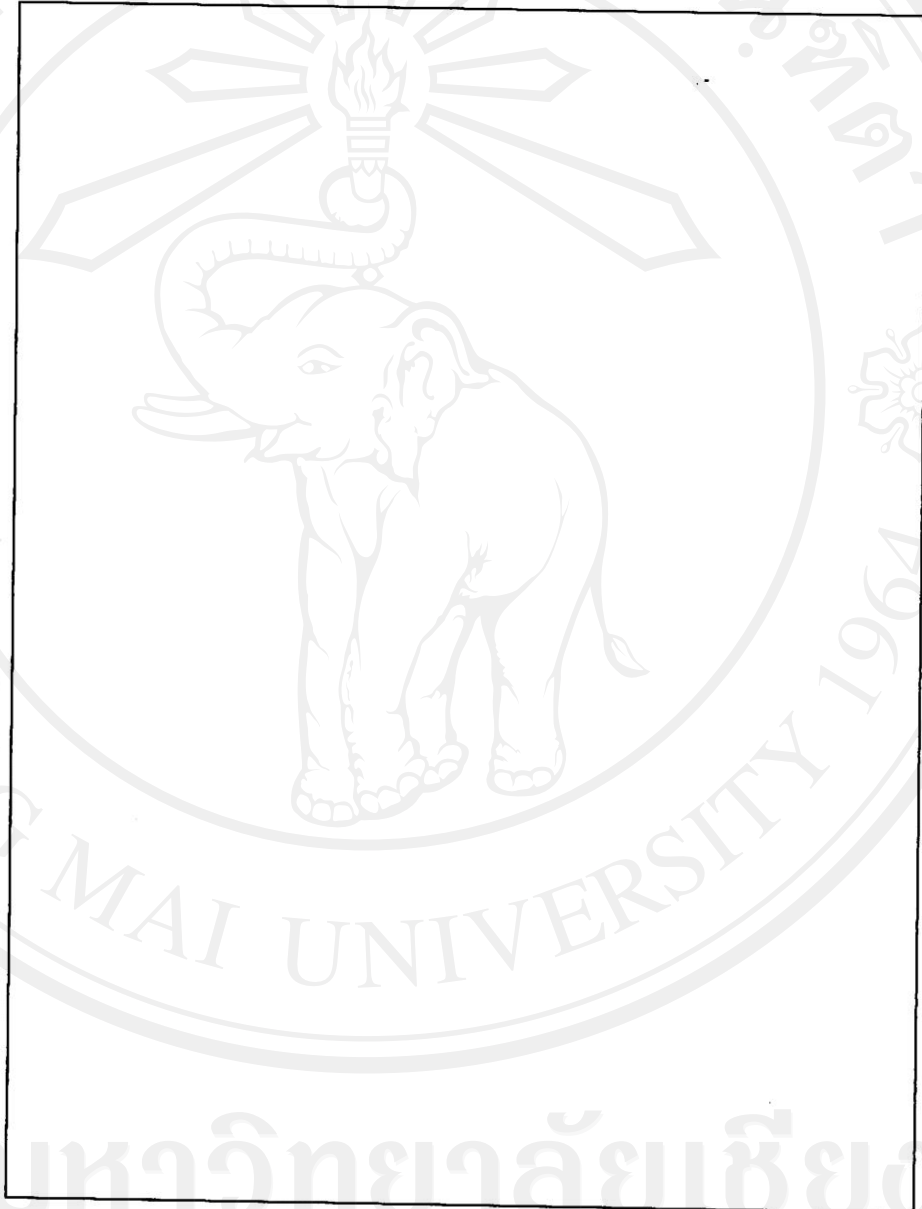
รับรองว่าถ่ายจากสถานที่จริง
ลงชื่อ.....

แผนที่ตั้งของสถานที่.....



รับรองว่าเป็นความจริง
ลงชื่อ.....

แผนผังภายในของสถานที่.....



หมายเหตุ ให้ระบุความกว้าง ลึกของร้าน
และขนาดของตู้ด้วย

รับรองว่าเป็นความจริง
ลงชื่อ.....

คำรับรองของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน
 เกี่ยวกับการจัดให้มีเภสัชกรอยู่ปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาที่เปิดทำการ

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

เป็นผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันชื่อ.....

ตั้งอยู่ ณ เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... ตรอก/ซอย.....

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

จังหวัด..... โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน
 ตาม พระราชบัญญัติฯ พ.ศ.๒๕๑๐ ในการจัดให้มีเภสัชกรอยู่ปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาทำการ และหาก
 ข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามที่กฎหมายกำหนด ข้าพเจ้าต้องรับผิดชอบที่กฎหมายกำหนดรวมถึงอาจถูกเพิกถอน
 ใบอนุญาต

ข้าพเจ้าอ่าน และเข้าใจโดยคำดังกล่าวทั้งหมด จึงลงลายมือชื่อเป็นสำคัญ

(ลงชื่อ)..... ผู้ให้คำรับรอง

(.....)



ภาคผนวก ง

ร้านยาคุณภาพ สภาเภสัชกรรม

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved



ประกาศสภาเภสัชกรรม

ที่ ๑๓ / ๒๕๕๖

เรื่อง การใช้ตราสัญลักษณ์ “ร้านยาคุณภาพ สภาเภสัชกรรม”

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๕ ข้อ ๑๖ แห่งข้อบังคับสภาเภสัชกรรมว่าด้วยการรับรองคุณภาพการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมในร้านยา พ.ศ. ๒๕๕๖ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการสภาเภสัชกรรม จึงขอประกาศการใช้ตราสัญลักษณ์ “ร้านยาคุณภาพ สภาเภสัชกรรม” ดังนี้

ข้อ ๑ ร้านยาที่จะคิดหรือใช้ตราสัญลักษณ์ “ร้านยาคุณภาพ สภาเภสัชกรรม” ได้จะต้องเป็นร้านยาที่สภาเภสัชกรรมมีประกาศว่าผ่านการประเมินรับรองคุณภาพร้านยา และยังอยู่ในระยะเวลาการรับรองเท่านั้น

ข้อ ๒ รูปแบบของสัญลักษณ์ที่อนุญาตให้ร้านยาที่ผ่านการรับรอง สามารถคิดหรือแสดงตราสัญลักษณ์ ร้านยาคุณภาพ สภาเภสัชกรรม ตามสีและขนาดที่กำหนด มีดังนี้

รูปแบบที่ ๑ โลโก้สัญลักษณ์ร้านยาคุณภาพ สภาเภสัชกรรม ลักษณะ เป็นแผ่นไม้ ไม้โอ๊ค ขนาด กว้าง ๓๘ ซม. x ๓๐ ซม.

ตราสัญลักษณ์ร้านยาคุณภาพ สภาเภสัชกรรมบนแผ่นโลหะสีเงิน ขนาดกว้าง ๓๖ ซม. x ๒๘ ซม. ข้างใต้ตราสัญลักษณ์มีข้อความว่า ACCREDITED BY THE PHARMACY COUNCIL สีน้ำเงิน



รูปแบบที่ ๒ ตู้ไฟติดตั้งใต้ชายคา สัญลักษณ์ร้านยาคุณภาพ สภาเภสัชกรรม
ลักษณะ เป็นตู้ไฟ ขนาด กว้าง ๖๐ ซม. x ๔๘ ซม.

ตราสัญลักษณ์ ร้านยาคุณภาพ สภาเภสัชกรรม ข้างใต้ตราสัญลักษณ์ มีข้อความว่า
ACCREDITED BY THE PHARMACY COUNCIL สีน้ำเงิน



รูปแบบที่ ๓ ตู้ไฟติดตั้งบนหลังคา สัญลักษณ์ร้านยาคุณภาพ สภาเภสัชกรรม
ลักษณะ เป็นตู้ไฟ ขนาด กว้าง ๕๐ ซม. x ๕๐ ซม.

ตราสัญลักษณ์ ร้านยาคุณภาพ สภาเภสัชกรรม ข้างใต้ตราสัญลักษณ์ มีข้อความว่า
Accredited by THE PHARMACY COUNCIL สีขาวบนแถบพื้นสีเขียว



รูปแบบที่ ๔ พิมพ์ในสิ่งพิมพ์ที่ใช้ในการสื่อสารตามปกติ คู่กับชื่อร้านยา
ลักษณะ เป็นเอกสารสิ่งพิมพ์มีตราสัญลักษณ์ ร้านยาคุณภาพ สภาเภสัชกรรม ข้างใต้มีตรา
สัญลักษณ์ข้อความว่า *ACCREDITED BY PHARMACY COUNCIL* สีน้ำเงิน คู่กับชื่อร้านยา โดย
ให้จัดพิมพ์ตราสัญลักษณ์ไว้มุมบนด้านขวาขนาดตามความเหมาะสม ในสิ่งพิมพ์ที่ร้านใช้ในการ
สื่อสารตามปกติ คือ หัวกระดาษจดหมาย จุลสารหรือจดหมายข่าวถึงสมาชิกของร้าน ไปส่งต่อ

ผู้ป่วย นามบัตรของร้าน ซองใส่ยา ขนาดไม่เกิน ๓.๒ ซม. X ๒.๔ ซม. ห่างจากขอบทั้ง ๒ ด้าน ประมาณ ๑ ซม.

กรณีถุงหิ้วสำหรับใส่ยา และซองจดหมาย ให้จัดพิมพ์ตราสัญลักษณ์ไว้มุมล่างด้านซ้าย ขนาดตามความเหมาะสมของขนาดถุงและซองจดหมาย

ข้อ ๓ รูปแบบของสัญลักษณ์ ร้านยาคุณภาพ สภาเภสัชกรรม รูปแบบที่ ๑ สภาเภสัชกรรม จะเป็นผู้จัดทำและมอบให้ร้านยาที่ผ่านการรับรองในวันประกาศรายชื่อร้านยาที่ผ่านการรับรอง พร้อมเกียรติบัตรโดยคิดค่าใช้จ่ายตามที่สภาเภสัชกรรมกำหนด

ข้อ ๔ รูปแบบสัญลักษณ์ ร้านยาคุณภาพ สภาเภสัชกรรม รูปแบบที่ ๒ รูปแบบที่ ๓ และ รูปแบบที่ ๔ ร้านยาสามารถดำเนินการจัดทำเองตามลักษณะและขนาดที่กำหนด ตามความต้องการใช้ของแต่ละร้านยา

ข้อ ๕ การใช้ตราสัญลักษณ์ในรูปแบบอื่น ๆ ที่ต่างไปจากที่กำหนดไว้ในข้อ ๒ ให้ร้านยา ทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการไปยังสำนักงานรับรองคุณภาพร้านยา สภาเภสัชกรรม และจะต้อง ได้รับหนังสือแจ้งการอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากสำนักงานรับรองคุณภาพร้านยา ก่อนจึงจะ ดำเนินการได้ มิเช่นนั้นจะถือว่าละเมิดสิทธิของสภาเภสัชกรรม

ข้อ ๖ การแสดงสัญลักษณ์ร้านยาคุณภาพ เว้นแต่ในลักษณะ รูปแบบที่ ๑ ๒ และ ๓ ใน ข้อ ๒ จะต้องแสดงควบคู่กับชื่อร้านที่ผ่านการประเมินรับรองแล้วเท่านั้น

จึงขอประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ เดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๖

ธิดา นิงสานนท์

(เภสัชกรหญิง รองศาสตราจารย์ธิดา นิงสานนท์)

นายกสภาเภสัชกรรม



ภาคผนวก จ
อัตราภาษีบุคคลธรรมดา
กรมสรรพากร ปี 2551

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

อัตรากำไรเงินได้บุคคลธรรมดา เมื่อได้ยอดเงินได้สุทธิแล้ว นำไปคำนวณภาษีตามอัตรากำไร
ดังนี้

เงินได้สุทธิ	ช่วงเงินได้สุทธิ แต่ละชั้น	อัตรากำไร ร้อยละ	ภาษีแต่ละชั้น เงินได้สุทธิ	ภาษีสะสม สูงสุดของชั้น
1 - 150,000	150,000	ได้รับยกเว้น	-	-
150,001 - 500,000	350,000	10	35,000	35,000
500,001 - 1,000,000	500,000	20	100,000	135,000
1,000,001 - 4,000,000	3,000,000	30	900,000	1,035,000
4,000,001 บาทขึ้นไป		37		

หมายเหตุ :- การยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา เงินได้สุทธิเฉพาะส่วนไม่เกิน 150,000 บาท มีผล
ใช้บังคับสำหรับเงินได้สุทธิที่เกิดขึ้นในปีพ.ศ. 2551 เป็นต้นไป (พระราชกฤษฎีกา (ฉบับที่ 470)
พ.ศ. 2551)

[HTTP://WWW.RD.GO.TH/PUBLISH/1780.0.HTML](http://www.rd.go.th/publish/1780.0.html)

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ - สกุล

นางสาวชณิษฐา พิษณววงศ์กุลชัย

วันเดือนปีเกิด

10 กุมภาพันธ์ 2519

ประวัติการศึกษา

สำเร็จการศึกษาปริญญาตรี คณะบริหารธุรกิจ สาขาการบัญชี
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนาวิทยาเขตตาก

ประวัติการทำงาน

2540 - 2547 เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี เทศบาลตำบลพบพระ
อำเภอพบพระ จังหวัดตาก2540 - 2549 เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชี สำนักงานสาธารณสุข
อำเภอแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก2549 - 2551 เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชี ระดับ 5 โรงพยาบาล
บ้านตาก อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก2551 - ปัจจุบัน เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีชำนาญงาน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก อำเภอเมือง จังหวัดตาก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved