

เลขรับคำขอคืนเงิน สธ. 1020/.....

วันที่

เรียน เลขาธิการกรม (ผ่านกลุ่มบริหารการคลัง)

ใช้ปากกาสีน้ำเงินเขียน หรือ พิมพ์ เท่านั้น

กลุ่มบริหารการคลัง

เลขที่รับ.....

วันที่

แบบฟอร์มคำร้องขอคืนเงิน (คืนเงินหลังจากวันที่ชำระเงิน)

รายได้จากการดำเนินงาน ออ. รายได้แผ่นดิน

ส่วนที่ 1 : สำหรับผู้ประกอบการ

(ดูจากหัวใบสั่งชำระเงิน)

1. ข้อมูลผู้ทำรายการชำระ (ผู้ที่ใช้บัตรประชาชน/ผู้เข้าใช้ระบบ)

ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล) นายสมหมาย จงทาทิ (ชื่อผู้รับมอบอำนาจมายื่น) เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก

e-mail xxx@mail.com เบอร์โทรศัพท์มือถือ 00-000-0000

2. ข้อมูลผู้รับอนุญาต (ชื่อตามใบสั่งชำระ)

ชื่อหน่วยงาน/บุคคล บริษัท ขอคืนเงิน จำกัด เลขประจำผู้เสียภาษี 13 หลัก (ดูได้จากหนังสือรับรองทะเบียนพาณิชย์)

ที่อยู่ ที่อยู่สำนักงานใหญ่ หรือ ตามใบสั่งชำระ

e-mail xxx@mail.com เบอร์โทรศัพท์มือถือ 00-000-0000

3. ข้อมูลใบสั่งชำระ เลขที่ 0000 00000/0000 (ดูในใบสั่งชำระ) ของผลิตภัณฑ์ (โปรดระบุ) ยา/อาหาร/เครื่องสำอาง/เครื่องมือแพทย์/วัตถุดิบทราย

เลขที่รับคำขอ/รหัสดำเนินการ/เลขที่ ออ. (ถ้ามี) 00000 (ดูได้จากใบนี้รับฟังผล หรือ ในระบบ e-sub)

รหัส Ref 1 : 65xxxxxxxxxx (มูมขวา ของใบสั่งชำระที่มีบาร์โค้ด) รหัส Ref 2 : 65xxxxxxxxxx (มูมขวา ของใบสั่งชำระที่มีบาร์โค้ด)

วันที่ชำระเงิน : ว/ด/ป (ดูจากใบเสร็จ) จำนวนเงินทั้งหมดที่ชำระ : x,xxx (ยอดเงินตามใบสั่งชำระ) บาท

ชำระเงินด้วย เงินสด บัตรเดบิต/บัตรเครดิต แคนเซอร์เช็ค Internet & Mobile Banking App

หมายเหตุ: กรณี คำขอใหม่ ให้ระบุเลขที่รับคำขอ, กรณี คำขอเดิม ให้ระบุเลขที่ ออ.

4. ข้อมูลใบเสร็จรับเงิน เลขที่ 0-E-00-000000000 หรือ 00/000 (มูมขวาของใบเสร็จอิเล็กทรอนิกส์ หรือ ใบเสร็จสีเขียว)

5. มูลเหตุที่ขอคืนเงิน ชำระซ้ำ ชำระผิดกระบวนงาน ชำระผิดบริษัท อื่นๆ

โปรดอธิบายรายละเอียดสาเหตุการขอคืนเงินทุกกรณี เช่น เจ้าหน้าที่คืนค่าขอเนื่องจากละเว้นการชำระเงินตามประกาศฉบับ..... / ชำระซ้ำในเรื่องเดียวกัน / เจ้าหน้าที่ออกใบสั่งชำระเงินผิดกระบวนงานจากกระบวนงานจาก.....เป็นกระบวนงาน..... / เจ้าหน้าที่คีย์เลขนิติบุคคลผิดบริษัท เป็นต้น

โอนเงินเข้าบัญชีตามชื่อที่ระบุในข้อ 2 ผ่านธนาคาร กลีกร/ไทยพาณิชย์/กรุงเทพออมลิน/กรุงเทพ ฯลฯ

ชื่อบัญชี (ตามใบสั่งชำระเงิน) เลขที่บัญชี xxx-xxx-xxx (พร้อมแนบบแบบคำขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หมายเหตุ: ทั้งนี้ หากมีค่าธรรมเนียมธนาคาร ยินยอมให้หักค่าธรรมเนียมจากเงินที่ขอคืน

6. เอกสารที่ยื่นประกอบ

ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง/Slip Pay-in สำเนาหน้าบัญชีธนาคารที่รับรองสำเนา ใบสั่งชำระ(แล้วแต่กรณี)

หนังสือมอบอำนาจขอคืนเงิน สำเนาบัตรประชาชนผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ สำเนาคำขอ (ถ้ามี)

ใบนี้รับฟังผลการพิจารณา สำเนาหนังสือรับรองใบทะเบียนพาณิชย์ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

หมายเหตุ: กรณีที่ชำระเงินซ้ำ ให้แนบบสำเนาใบเสร็จรับเงินฉบับจริงที่ใช้ยื่นด้วย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แสดงข้างต้นนี้เป็นความจริง

กรณีชำระซ้ำ ต้องแนบบใบสั่งชำระ ใบเสร็จและสลิป ของตัวที่ชำระถูกและชำระผิด ลงชื่อ นายสมหมาย จงทาทิ (ชื่อผู้รับมอบอำนาจที่มายื่น) ผู้ขอคืนเงิน

กรณีชำระผิดกระบวนงาน เฉพาะของยาเคมี ให้แนบบหนังสือขอคืนเงิน ที่กองยาออกให้.....)

กรณีชำระผิดบริษัท ต้องทำหนังสือชี้แจงจากทางบริษัท ลงวันที่ / / (ยังไม่ต้องลงวันที่ เนื่องจากต้องให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารก่อน)

ส่วนที่ 2 : สำหรับเจ้าหน้าที่ (กองผลิตภัณฑ์สุขภาพพินิจกรรมและการบริการ : OSSC) ลงบันทึกข้อมูลแทนกองผลิตภัณฑ์

เจ้าหน้าที่กองผลิตภัณฑ์ฯ ผู้พิจารณาให้ความเห็นคือ เจ้าหน้าที่ชื่อ..... ตำแหน่ง.....

สังกัด..... เมื่อวันที่..... มีความเห็น เห็นควรคืนเงิน ไม่เห็นควรคืนเงิน

จำนวน..... บาท ให้กับ.....

เนื่องจาก.....

.....

.....

.....

แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online

วันที่.....xx..... เดือน.....xxxxx..... พ.ศ.xxxx.....

เรียน เลขาธิการกรม (ผ่านหัวหน้าฝ่ายการคลัง)

ข้าพเจ้า.....**กรรมการบริษัท** (ดูตามหนังสือรับรองทะเบียนพาณิชย์ว่าต้องลงนามกี่คน) ตำแหน่ง.....**กรรมการ** (ดูตามคำที่ใช้ในหนังสือรับรองทะเบียนพาณิชย์)เลขประจำตัวประชาชน (13 หลัก) / กรณีเป็นชาวต่างชาติให้ใช้เลขพาสปอร์ต

สำนัก/กอง/ศูนย์.....สังกัดกรม.....กระทรวง.....

อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์..... ถ้ากรรมการ 1 คน ให้เขียนเป็นที่อยู่กรรมการ / ถ้ากรรมการ 2 คน ให้เขียนเป็นที่อยู่สำนักงานใหญ่

ขอรับเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online โดยได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีฝากธนาคาร มาเพื่อเป็นหลักฐาน
ด้วยแล้ว

- กรณีเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ ที่สังกัดส่วนราชการผู้จ่าย
- เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ใช้สำหรับรับเงินเดือน ค่าจ้าง หรือค่าตอบแทน
บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....
ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....
- เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารอื่น (ตามที่หัวหน้าส่วนราชการผู้เบิกอนุญาต)
บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....
ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....
- กรณีเป็นบุคคลภายนอก เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....**กสิกร/ไทยพาณิชย์/กรุงไทย/กรุงเทพ/ออมสิน ฯลฯ**.....
สาขา.....**xxxxx**.....ประเภท.....(ออมทรัพย์/กระแสรายวัน).....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....**xxx-xxx-xxxx**.....

และเมื่อ **สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา** โอนเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online แล้ว ให้ส่งข้อมูลการโอน
เงินผ่านช่องทาง

- ข้อความแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ (SMS) ที่เบอร์โทรศัพท์.....**xx-xxx-xxxx** (ไม่เสียค่าธรรมเนียม).....
- จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ตาม e-mail address.....**xxx@mail.com**.....

กรรมการ บริษัท

ประทับตราบริษัท

(ดูตามหนังสือรับรองว่าต้องประทับตราหรือไม่)

ลงชื่อ.....(ลงนามกี่คนตามหนังสือรับรอง) ผู้มีสิทธิรับเงิน

(.....)

หมายเหตุ : เลขที่ของแบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online ให้ระบุหมายเลข
กำกับเรียงกันไปทุกฉบับ เพื่อประโยชน์ในการจัดทำทะเบียนคุมการโอนเงิน

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....บริษัท ขอคืนเงิน จำกัด.....

วันที่...xx...เดือน.....xxxx.....พ.ศ.xx

ข้าพเจ้า.....บริษัท ขอคืนเงิน จำกัด..... (ชื่อบุคคลธรรมดา หรือ ชื่อนิติบุคคล)

กรณีนิติบุคคล โดย.....ชื่อกรรมการ (ดูในทะเบียนพาณิชย์ว่าลงนามกี่คน).....กรรมการที่มีอำนาจลงนามผูกพันนิติบุคคล

ปรากฏตามหนังสือรับรองการจดทะเบียนพาณิชย์และหรือทะเบียนการค้า หรือหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล

ของกระทรวงพาณิชย์ เลขที่..... 13 หลัก (ดูในทะเบียนพาณิชย์).....ลงวันที่.....ว/ด/ป (ดูในทะเบียนพาณิชย์)

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์..... (ที่อยู่สำนักงานใหญ่)

ขอมอบอำนาจให้.....ชื่อผู้รับมอบอำนาจที่มายื่น.....

อยู่บ้านเลขที่..... (ที่อยู่ผู้รับมอบอำนาจ) หมู่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์.....เป็นผู้กระทำการแทนข้าพเจ้าในเรื่องการติดต่อ ยื่น คำขอคืนเงินรายได้

จากการดำเนินงาน หรือรายได้แผ่นดิน กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ตลอดจนดำเนินการแก้ไข ตัดทอน

เอกสาร และการกระทำอื่นใดที่เกี่ยวข้องจนเสร็จการ

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำภายใต้ขอบเขตแห่งการมอบอำนาจนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบและมีผลผูกพัน

ข้าพเจ้าทุกประการ หนังสือมอบอำนาจฉบับนี้เป็นการมอบอำนาจให้ดำเนินการตามที่ระบุไว้ข้างต้น

ลงชื่อ.....ชื่อกรรมการ (ดูในทะเบียนพาณิชย์ว่าลงนามกี่คน).....ผู้มอบอำนาจ

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....ชื่อผู้รับมอบอำนาจที่มายื่น.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยานคนที่ 1.....พยาน

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยานคนที่ 2.....พยาน

(.....) ตัวบรรจง



(ติดอากรแสตมป์ 10 บาท เพื่อยืนยันจริง)

หนังสือมอบอำนาจฉบับนี้จะใช้ได้เพียง 1 ครั้ง

ต่อการยื่นขอคืนเงิน 1 ครั้ง เท่านั้น

หมายเหตุ โปรดแนบหลักฐาน ดังนี้

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ
2. สำเนาใบทะเบียนพาณิชย์และหรือทะเบียนการค้า (กรณีเป็นบุคคลธรรมดา)
3. สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล ฉบับล่าสุด (กรณีเป็นนิติบุคคล)
4. ติดอากรแสตมป์ 10 บาท

ตัวอย่าง ใบนัดรับฟังผล

ใบนัดรับฟังผลของอาหาร

ใบนัดรับฟังผลการพิจารณาความครบถ้วนของเอกสารคำขอ

หน่วยงานออกใบนัด : สำนักอาหาร

บุคคล/นิติบุคคล ชื่อ _____

ประเภทคำขอที่ยื่น ขอทวนสอบการเป็นอาหารใหม่ (novel food) (ตามบัญชี 3 ข้อ 3.1 (3.2)***

ลำดับที่คำขอ

FOOD-XXXX-XXXX-XX

→ รหัสนำไปอ้างอิง

วันที่รับเรื่อง _____

เลขที่อ้างอิง/ใบเสร็จรับเงิน _____

วันที่นัดหมายเพื่อรับฟังผล : _____

กรุณาติดต่อเจ้าหน้าที่

กลุ่มกำหนดมาตรฐาน

เพื่อรับฟังผลการตรวจรับคำขอตาม

วันที่นัดหมาย ในเวรราชการ ณ

สำนักอาหาร ห้อง 324 ชั้น 3 อาคาร 3 ตึกสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

หากไม่มารับฟังผลภายใน 7 วันทำการนับจากวันที่นัดหมาย สำนักอาหารจะคืนคำขอ

เจ้าหน้าที่รับเรื่อง _____

หมายเหตุ

1. ผู้ที่มาติดต่อรับทราบผลการตรวจรับเอกสาร ต้องเป็นผู้มีอำนาจหรือได้รับมอบอำนาจในการยื่นคำขอ แก่ไขเอกสาร หรือลงนามรับทราบข้อบกพร่องได้
2. ระยะเวลาการพิจารณาอนุญาต _____ 1 _____ วันทำการ โดยเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่ได้รับเอกสารที่ครบถ้วนถูกต้อง จนถึง พิจารณาแล้วเสร็จและบันทึกข้อมูลการอนุญาตในระบบสารสนเทศ ไม่นับระยะเวลาการชี้แจงข้อมูลของผู้ประกอบการและหรือพิจารณาจากคณะประเมินผู้เชี่ยวชาญ
3. ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่

งานสถานที่

โทร. 0-2590-7320 และ 0-2590-7033

งานผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

โทร. 0-2590-7209

งานอาหารทารกและเด็กเล็ก

โทร. 0-2590-7219

งานวัตถุเจือปนอาหาร

โทร. 0-2590-7220

งาน Reprocess

โทร. 0-2590-7208

งานอนุมัติสูตร/สเปก

โทร. 0-2590-7207

งานหนังสือรับรองเพื่อการส่งออก

โทร. 0-2590-7177

งานโฆษณาอาหาร

โทร. 0-2590-7356

กลุ่มกำหนดมาตรฐาน

โทร. 0-2590-7178, 0-2590-7179 และ 0-2590-1785

กลุ่มงานธุรการ

โทร. 0-2590-7188

ใบนัดรับฟังผลของยา

2

ใบนัดรับผลการตรวจคำขอ

กระบวนการ : การแก้ไขเปลี่ยนแปลงตาม MAV-3 และ MAV-6 ถึง MAV-16 ของคำรับยา ที่ไม่ใช้ยาชีววัตถุใหม่ฯ (538)

ค่าใช้จ่าย : ค่าพิจารณาค่าธรรมเนียมตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร ค่าขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง ทะเบียนคำรับยาแผนปัจจุบัน ที่เป็นการแก้ไขเปลี่ยนแปลงระดับหลัก [ปก.สส.ยา บัญชี 1 ข้อ 2.5(1)]

เลขใบตรวจคำขอ : XX-XXX-XX-XX-C → รหัสนำไปอ้างอิง วันที่ออกผลตรวจคำขอ :

1. นัดฟังผลการตรวจรับคำขอ :

ช่วงเวลา (15.00-16.00 น.)

2. สถานที่นัดหมาย : ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพพิเศษเร็ว อาคาร 6 ชั้น 4

กลุ่มงานที่รับผิดชอบ

อื่น ๆ ระบุ

3. หากมีแก้ไขให้คำพิจารณาแก้ไขและส่งเอกสารแก้ไขในวันที่

ก่อนเวลา : 9.30 น.

รายละเอียดประกอบการนัดหมาย

ชื่อผู้รับอนุญาต :

เลขที่ใบอนุญาต :

ชื่อผู้มาติดต่อลงชื่อในคดี :

กลุ่มงาน/งานที่รับผิดชอบ :

เลขบัญชีรายการยา หรือ เลขทะเบียนคำรับยา (ถ้ามี) :

รายการติดต่อแจ้งการชำระเงิน :

รายการอ้างอิงคำขอ :

หมายเหตุคำขอ :

หมายเหตุ :


- โปรดมาตามนัดหมาย หากละทิ้งนัดหมายอาจทำให้ต้องชำระค่าใช้จ่ายในการตรวจคำขออีกครั้ง
- ระยะเวลาพักอ่าวอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ หากมีการประกาศวิฤตราชการเพิ่มเติมตาม มติ ครม. ที่ประกาศภายหลัง โปรดตรวจสอบเวลารับทราบระบบงานอีกครั้ง
- เพื่อความสะดวกในการติดต่อ โปรดนำเอกสารฉบับนี้มาแสดงในวันนัดหมายด้วย
- เนื่องจากอยู่ในระหว่างมาตรการลดละระบบ เจ้าหน้าที่อาจแจ้งให้รายการในเอกสารได้ โปรดปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

ใบนัดรับฟังผลของยา

https://medicina.fda.moph.go.th/FDA_DRUG/TABEAN_YA_S...

เลขดำเนินการ	xxxxxxxxx → รหัสนำไปอ้างอิง
ชื่อภาษาไทย/ชื่อภาษาอังกฤษ	
กลุ่มประเภทคำขอ	กลุ่ม Pre (OSSC)
ประเภทคำขอ	การแก้ไขเปลี่ยนแปลงทะเบียนตำรับยาที่พิจารณาโดยเจ้าหน้าที่ OSSC
เลขทะเบียน	
วันที่รับเรื่อง	_____ (ตัวอย่าง)
เลขนิติบุคคล/เลขบัตรประชาชน	_____
ชื่อผู้รับผิดชอบ	
จำนวนวันทำการ	1
วันที่นัด	
ระบุผู้รับผิดชอบหลัก	นางสาว สีนาง ฮวงสาอางค์

ตัวอย่าง หน้าระบบ e-sub (ใช้แทนแทนใบนัดรับฟังผลกรณีที่ยื่นผ่านระบบ)

 ระบบยา

ชื่อ-นามสกุล นางสาว
อนุญาต บริษัท

- หน้าแรก
- ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต (ระบบใหม่)
 - ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาต (ระบบใหม่)

ต่ออายุใบอนุญาตสถานที่ด้านยา

แสดงรายการที่ยื่นคำขอต่ออายุ Nothing selected เป็นคำขอต่ออายุใบอนุญาต (:

เลขที่ใบอนุญาต	สถานะ	ชื่อสถานที่	ที่อยู่	เลขคำดำเนินการ	เหตุผลการคืนคำขอ
					XXXXXXXXXX

รหัสนำไปอ้างอิง

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข
88/24 ถนนวิภาวดี 8 มี.ค. เขตปทุมธานี 11000
โทรศัพท์ 0-2590-7000

ตัวอย่าง หน้าระบบ e-sub (ใช้แทนแบบใบนัดรับฟังผลกรณีที่ยื่นผ่านระบบ)

19702, 10:30 AM

ระบบอาหาร (FOOD)

ชื่อผู้ใช้งาน :
ชื่อผู้รับผิดชอบ :

Dashboard เลือกสถานที่ พิมพ์หลักฐานการอนุญาต **ออกใบสั่งชำระ** ส่วนประกอบอาหาร

Logout

รายละเอียด

ประเภทอาหาร : ผลิตภัณฑ์ของนม
ชนิดอาหาร : ชนิดแห้ง
กรรมวิธี : การลดค่าวอเตอร์ออกด้วยเมมเบรน (Separating Out Water)
เลขสถานที่ :

นมโค

ผลิตภัณฑ์ของนม

ชนิดนม

- การวิจัยและรับทราบเกินขอบเขตและการอาหาร
- การลดค่าวอเตอร์ในผลิตภัณฑ์โดยเพิ่มสารละลาย (Adding Solute)
- การลดค่าวอเตอร์ในผลิตภัณฑ์โดยเพิ่มสารละลาย (Adding Solute) / พาสเจอร์ไรส์ (Pasteurization)
- การลดค่าวอเตอร์ในผลิตภัณฑ์โดยเพิ่มสารละลาย (Adding Solute) / ยูเอชที (UHT)
- การลดค่าวอเตอร์ในผลิตภัณฑ์โดยเพิ่มสารละลาย (Adding Solute) / สเตอริไลส์ (Commercial Sterilization) (อาหารที่มีความเป็นกรดต่ำ)
- การลดค่าวอเตอร์ในผลิตภัณฑ์โดยแยกน้ำออก (Separating Out Water) / พาสเจอร์ไรส์ (Pasteurization)
- การลดค่าวอเตอร์ในผลิตภัณฑ์โดยแยกน้ำออก (Separating Out Water) / ยูเอชที (UHT)
- การลดค่าวอเตอร์ในผลิตภัณฑ์โดยแยกน้ำออก (Separating Out Water) / สเตอริไลส์ (Commercial Sterilization) (อาหารที่มีความเป็นกรดต่ำ)
- พาสเจอร์ไรส์ (Pasteurization) (ผลิตภัณฑ์ของนม)

รายการทั้งหมด 1

รายการที่ส่งชำระ

รายการที่อนุมัติ

กรุณาล็อกแบบชำระ ด้วยการยืนยัน

-- รายการ --

ส่งเป็น PDF
Download
Upload

ค้นหาคำพูด หรือการพิมพ์

xxxxxxx → รหัสนำไปอ้างอิง

เลขรับชำระ REF-CERN0

ชนิดอาหาร

กรรมวิธี : 0

เลขสารบบ :

ชื่อผลิตภัณฑ์ภาษาไทย :

ชื่อผลิตภัณฑ์ภาษาอังกฤษ :

รหัสดำเนินการ :

วันที่ยื่นพิจารณา

วันที่รับพิจารณา

วันที่ศาลผ่านวันเสร็จ

สถานะ :
เจ้าหนี้

Previous Next

http://online.dca.tsa.moph.go.th/FDA_FOOD_MFAC/MAINMENU/THEN_GATEWAY

1/2

ตัวอย่าง หนังสือแจ้งเหตุแห่งการขอคืนเงิน

(ใช้แบบกรณีชำระผิดกระบวนการของยาเคมี)

หนังสือแจ้งเหตุแห่งการคืนค่าขอ

อ้างอิงบันทึกความบกพร่องและรายการเอกสารที่จะต้องยื่นเพิ่มเติม

ในการพิจารณาตรวจรับคำร้องด้านยาของ

วันที่รับตรวจคำขอ 6 มิถุนายน 2565

ผลิตภัณฑ์ยาชื่อ XXXX-YYYY

เลขรับตรวจคำขอ XX-XXX-XX-XXX-C

รหัสโครงการวิจัย

เลขรับตรวจคำขอ

โฆษณา

เลขรับตรวจคำขอ

Bioequivalence

เลขรับตรวจคำขอ

ชื่อผู้รับอนุญาต/ผู้ยื่นขอ บริษัท xxxxxxxxxxxx จำกัด

อนุญาต

โดย นางสาวxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

ผู้รับมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน

มี

ของยาร่างต้น สำนักยาพิจารณาแล้ว เห็นควรคืนค่าขอฯ แก่ผู้รับอนุญาต เนื่องจาก

ไม่สามารถแก้ไขเพิ่มเติมคำขอหรือ ไม่ส่งเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนด

ไม่มาดำเนินการแก้ไขให้ครบถ้วนถูกต้องตามกำหนดเวลา ซึ่งทำไม่ได้ละทิ้งคำขอฯ

ยื่นคำขอฯ ผิดประเภท เนื่องจากผิดเงื่อนไขตามประกาศฯ Non-AVG-MaV-3 (519)

ระบุ

อื่นๆ ระบุ

ได้รับทราบมติฯ และรับเอกสารคืนแล้ว

ลงนาม ผู้รับอนุญาต/
ผู้ยื่นขออนุญาต/
ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

วันที่

ลงนาม ผู้ตรวจรับคำขอ

(...นายสิระ จันทน์เพ็ง...)

วันที่ 6 มิถุนายน 2565

ตัวอย่าง หนังสือรับรองทะเบียนพาณิชย์ (กรณีเป็นบริษัท)

ที่ สจก.



สำนักงานทะเบียนหุ้นส่วนบริษัทกรุงเทพมหานคร
กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์

หนังสือรับรอง

ขอรับรองว่าบริษัทนี้ได้จดทะเบียน ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ เป็นนิติบุคคลประเภท
บริษัทจำกัด เมื่อวันที่ ทะเบียนเลขที่
ปรากฏข้อความในรายการตามเอกสารทะเบียนนิติบุคคล ณ วันออกหนังสือนี้ ดังนี้

1. ชื่อบริษัท บริษัท ไนน์ทอปส์ จำกัด
2. กรรมการของบริษัทมี 4 คน ตามรายชื่อดังต่อไปนี้
3. จำนวนหรือชื่อกรรมการซึ่งลงชื่อผูกพันบริษัทได้คือ นายสิทธิไกร ดลบันดาล ลงลายมือชื่อ
และประทับตราสำคัญของบริษัท
- 4.ทุนจดทะเบียน 10,000,000.00 บาท / สิบล้านบาทถ้วน/
5. สำนักงานแห่งใหญ่
6. วัตถุประสงค์ของบริษัทมี 32 ข้อ ดังปรากฏในสำเนาเอกสารแนบท้ายหนังสือรับรองนี้จำนวน 2 แผ่น
โดยมีลายมือชื่อนายทะเบียนซึ่งรับรองเอกสารและประทับตราสำนักงานทะเบียนหุ้นส่วนบริษัทเป็นสำคัญ

ออกให้ ณ วันที่ 3 เดือน เมษายน พ.ศ. 2556



รายการขอควรถวายของนิติบุคคลมีดังนี้



กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์
Department of Business Development
Ministry of Commerce

“จับใจ ไม่เสียใจในบริการ”
Creative Service

สายด่วน 1570 www.dbd.go.th

บริการขอเอกสารผ่าน www.dbd.go.th -->ชำระเป็นทางธนาคาร --> บริการจัดส่ง โทร. 02 528 7600 ต่อ 3630, 3636 หรือ 02 547 5994

ตัวอย่าง หนังสือทะเบียนการค้า (กรณีเป็นบุคคลธรรมดา)

ทะเบียนเลขที่
คำขอที่.....



แบบ พค.

กรมพัฒนาธุรกิจการค้า
สำนักงานกลางทะเบียนพาณิชย์
ใบทะเบียนพาณิชย์
ใบสำคัญนี้ออกให้เพื่อแสดงว่า

ได้จดทะเบียนพาณิชย์ ตามพระราชบัญญัติทะเบียนพาณิชย์ พ.ศ.2499

เมื่อวันที่.....

ชื่อที่ใช้ในการประกอบพาณิชย์กิจ

เขียนเป็นอักษรโรมัน

ชนิดแห่งพาณิชย์กิจ

ที่ตั้งสำนักงานแห่งใหญ่

เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

ออกให้ ณ วันที่

(.....)

นายทะเบียน

ตัวอย่าง ใบสั่งชำระเงิน



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
ใบสั่งชำระค่าตรวจสอบค่าขอ/ตรวจประเมินผลิตภัณฑ์อาหาร
ตรวจสอบสถานประกอบการ

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี

Customer No. (Ref.1):

Reference No. (Ref.2):

วันที่ออกใบสั่งชำระ : 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

ใบสั่งชำระภายในวันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2565

รายการ	จำนวน (บาท)
เลขที่สั่งชำระ รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย	9,000.00
ยอดเงินที่ต้องชำระ (เก้าพันบาทถ้วน)	9,000.00

ผู้นำฝาก _____ โทร _____ สำนักงานเจ้าหน้าที่ธนาคาร ผู้รับเงิน _____

หมายเหตุ

- รับชำระเงินโดยผ่านช่องทาง SCB Easy Net, SCB Easy Application, ATM, COM และ เคาน์เตอร์ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด(มหาชน) ก่อน 23:00 น. ของทุกวัน
- สำหรับชำระเคสเชิงรุก/เชิงรุกด้วย เจ้าบัญชี สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (เพื่อรายได้จากการดำเนินงาน)
- ส่วนนี้จะใช้เงินใบสำคัญรับเงิน ตามบัญชีธนาคารหลักฐานที่ธนาคารขอไว้ จนกว่าสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจะออกใบเสร็จรับเงิน

ผู้ขอใบสั่งชำระ:

สำนักงานอาหาร

โปรดเรียกเก็บค่าธรรมเนียมจากผู้ชำระเงิน



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0094000165676

สาขา _____ วันที่ _____

ชื่อผู้ประกอบการ:

เลขอ้างอิง 1/Ref.1:

เลขอ้างอิง 2/Ref.2:

บัญชี สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (เพื่อรายได้จากการดำเนินงาน)

บ.จ. ส. ไทยพาณิชย์ COMCODE(2768) (XXX0005704) (สาขากระทรวงสาธารณสุข) (110/10) (สุโขทัย)

ธนาคารอื่นที่ให้บริการรับชำระบิล ชำระธนาคาร (Cross Bank Bill payment) (Bill ID 009400016567601) (ชำระผ่านทางนิติกรณ์)



(ค่าธรรมเนียมเรียกเก็บ ในช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ไม่เกิน 5 บาท/ใบสั่งชำระ และค่าธรรมเนียมการรับชำระ 20 บาท/ใบสั่งชำระ: TBank)



เลขที่สั่งชำระ	เก้าพันบาทถ้วน	9000
----------------	----------------	------



009400016567601 656002039225651202 660003101 902600186 600000

หมายเหตุ

ท่านสามารถตรวจสอบรายละเอียดการรับชำระได้ที่เว็บไซต์ของธนาคารแห่งประเทศไทย
ค่าธรรมเนียมเป็นไปตามเงื่อนไขของเจ้าพนักงานตรวจสอบ ณสำนักงานอาหารผู้มีบริการ

ผู้นำฝาก _____

โทร _____

สำนักงานเจ้าหน้าที่ธนาคาร

ผู้รับเงิน _____

ตัวอย่าง ใบเสร็จรับเงินอิเล็กทรอนิกส์ (กรณีโอนจ่าย)



เลขที่ 2-E-66-0000011920

ใบเสร็จรับเงิน

ใบราชการสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

มีที่การ ทำการกับ ก.ส.
วันที่ 2 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565

ได้รับเงินจาก

สามารถตรวจสอบค่างี้ ใบเสร็จรับเงิน เลขที่

รายการ	จำนวนเงิน
ค่าขอประเมินความปลอดภัยของโคดูเจ็ทเป็นอาหาร รหัสคำวินิจฉัยที่	3,000.00
ค่าขอประเมินความปลอดภัยของโคดูเจ็ทเป็นอาหาร รหัสคำวินิจฉัยที่	3,000.00
ค่าขอประเมินความปลอดภัยของโคดูเจ็ทเป็นอาหาร รหัสคำวินิจฉัยที่	3,000.00
รวม บาท	9,000.00

จำนวนเงิน (เก้าพันบาทถ้วน)

ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ นางสาวกมลลา เมืองสาคร ผู้รับเงิน
ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานการวินิจฉัยปัญหาวิชาการ

พิมพ์จากใบเสร็จอิเล็กทรอนิกส์ต้นฉบับ

เลขที่บันทึกสาร

(ใบเสร็จอิเล็กทรอนิกส์ สำนักงานชำระเงินผ่านธนาคารพาณิชย์)



ตัวอย่าง ใบเสร็จรับเงิน (กรณีจ่ายที่การเงิน OSSC)



เลขที่ [REDACTED]

ใบเสร็จรับเงิน (ต้นฉบับ) ในราชการสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ที่ทำการ ฝ่ายการคลัง สอ.

วันที่ 4 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565

ได้รับเงินจาก [REDACTED]

ตามรายละเอียดดังนี้ [REDACTED]

รายการ	จำนวนเงิน
ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตโฆษณาเครื่องมือแพทย์ (จำนวน 1 ฉบับ) เลขที่ [REDACTED]	2,000.00
รวม บาท	2,000.00

จำนวนเงิน (สองพันบาทถ้วน)

ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ [REDACTED] ผู้รับเงิน

(นางสาวธิดา เบียมสาร)

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

เลขกำกับเอกสาร [REDACTED]