

# วิธีการยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

1. เข้าไปที่เว็บไซต์สภาเภสัชกรรม [www.pharmacycouncil.org](http://www.pharmacycouncil.org)
2. คลิกที่ทะเบียนข้อมูลผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม E-Service

สภาเภสัชกรรม  
The Pharmacy Council of Thailand

"สภาฯเข้มแข็ง  
วิชาชีพก้าวหน้า  
ชาวประชาวางใจ"

หน้าแรก เกี่ยวกับองค์กร ▾ หน่วยงานในสังกัด ▾ ข้อบังคับและประกาศ ▾ ข่าวการประชุม ▾ เสื่อควานและอาร์ม ▾ ติดต่อสอบถาม ▾ ข่าวรับสมัครงาน อื่นๆ ▾

รศ.(พิเศษ) ภก.กิตติ พิทักษ์นิตินนท์  
นายกสภาเภสัชกรรม

บุคลากร

ค้นหา

ทะเบียนข้อมูล  
ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม  
E-Service

3. กรอกเลขที่ใบประกอบฯ และรหัสผ่าน แล้วกดปุ่ม “เข้าสู่ระบบ”

ระบบข้อมูลผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม (E-Service)

เลขที่ใบอนุญาต ๑ \*

กรอกเฉพาะตัวเลข

รหัสผ่าน \*

เข้าสู่ระบบ ลืมรหัสผ่าน

สำหรับผู้ที่ยังไม่เคยใช้ระบบครั้งแรกให้ทำการแจ้งขอรหัสผ่านโดยคลิกที่นี่

สำหรับเจ้าหน้าที่

4. เลือกยื่นคำขอผ่าน E-Service

เลขที่ใบประกอบ ๑

ชื่อ-สกุล

เปลี่ยนรหัสผ่านใหม่ | ออกจากระบบ

ข้อมูลผู้ประกอบวิชาชีพ

ยื่นคำขอผ่าน E-service

เลือกใช้บริการคำขอผ่านระบบ E-service

--โปรดระบุ--

เขียนใบคำขอ

ประวัติการยื่นคำขอ

พบจำนวน 0 รายการ

หมายเลข	การชำระเงิน
คำขอ	คำคำขอ
วันที่ยื่นคำขอ	สถานะดำเนินการ
แบบฟอร์มคำขอ	

5. เลือกคำขอ “สภ.17/1 คำขอต่ออายุใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม  
(ระบบจะแสดงรายการใบคำขอต่ออายุใบอนุญาตฯ ก่อนใบอนุญาตเดิมหมดอายุ 180 วัน)

เลขที่ใบประกอบฯ

ชื่อ-สกุล

เปลี่ยนรหัสผ่านใหม่ | ออกจากระบบ

ข้อมูลผู้ประกอบวิชาชีพ  ยื่นคำขอผ่าน E-service

เลือกใช้บริการคำขอผ่านระบบ E-service  --โปรดระบุ--

ประวัติการยื่นคำขอ

พบจำนวน 1 รายการ

หมายเลขคำขอ	วันที่ยื่นคำขอ	แบบฟอร์มคำขอ	การชำระเงินคำคำขอ	สถานะดำเนินการ
		สภ.17/1 คำขอต่ออายุใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม		

6. ตรวจสอบ/กรอกข้อมูลผู้ยื่นคำขอ แล้วกดปุ่ม “ดำเนินการต่อ”

เลขบัตรประจำตัวประชาชน  เลขที่ใบอนุญาต

ขั้นตอนที่ 1 ตรวจสอบข้อมูลผู้ยื่นคำขอ

ข้อมูลผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

คำนำหน้า (TH)	<input type="text"/>	ชื่อ (TH)	<input type="text"/>	นามสกุล (TH)	<input type="text"/>
คำนำหน้า (EN)	<input type="text"/>	ชื่อ (EN)	<input type="text"/>	นามสกุล (EN)	<input type="text"/>
วันเดือนปีเกิด	<input type="text"/>	อายุ	<input type="text"/> ปี		
สัญชาติ	<input type="text"/>	เชื้อชาติ	<input type="text"/>		
สำเร็จการศึกษาจาก	<input type="text"/>	ปีการศึกษาที่จบ	<input type="text"/>	วันที่จบการศึกษา	<input type="text"/>
สาขาปฏิบัติงานหลัก	<input type="text"/>	สาขาปฏิบัติงานรอง	<input type="text"/>	วิธีการรับข่าวสาร	<input type="text"/>

ที่อยู่ตามบัตรประชาชน

เลขที่	<input type="text"/>	หมู่บ้าน/อาคาร	<input type="text"/>	หมู่ที่	<input type="text"/>
ตรอก/ซอย	<input type="text"/>	ถนน	<input type="text"/>	ตำบล/แขวง	<input type="text"/>
อำเภอ/เขต	<input type="text"/>	จังหวัด	<input type="text"/>	รหัสไปรษณีย์	<input type="text"/>

ที่อยู่ปัจจุบัน/ที่อยู่ติดต่อได้

เลขที่	<input type="text"/>	หมู่บ้าน/อาคาร	<input type="text"/>	หมู่ที่	<input type="text"/>
ตรอก/ซอย	<input type="text"/>	ถนน	<input type="text"/>	ตำบล/แขวง	<input type="text"/>
อำเภอ/เขต	<input type="text"/>	จังหวัด	<input type="text"/>	รหัสไปรษณีย์	<input type="text"/>
โทรศัพท์	<input type="text"/>	มือถือ	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน

ชื่อหน่วยงาน  \*  ไม่ได้ปฏิบัติงาน

เลขที่	<input type="text"/>	หมู่บ้าน/อาคาร	<input type="text"/>	หมู่ที่	<input type="text"/>
ตรอก/ซอย	<input type="text"/>	ถนน	<input type="text"/>	ตำบล/แขวง	<input type="text"/>
อำเภอ/เขต	<input type="text"/>	จังหวัด	<input type="text"/>	รหัสไปรษณีย์	<input type="text"/>
โทรศัพท์	<input type="text"/>				

7. กดปุ่มเลือกไฟล์เอกสารหลักฐาน แล้วกดปุ่ม “Choose File” และกด “อัปโหลด”

โดยหลักฐานที่ใช้ประกอบการยื่นคำขอฯ ทั้งหมด ให้รวมเอกสารทั้งหมดเป็นไฟล์เดียว ในรูปแบบ .pdf ขนาดไม่เกิน 2 Mb

ขั้นตอนที่ 2. มีความประสงค์จะขอต่ออายุใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมเคยยื่นคำขอรับใบอนุญาต ครั้งแรก ออกให้ ณ วันที่ 14 เดือน พฤษภาคม พ.ศ 2561 โดยเก็บหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องได้ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด และขอรับรองว่ามีความรู้และมีคุณสมบัติครบถ้วนตามกฎหมาย ว่าด้วยวิชาชีพเภสัชกรรม

พร้อมนี้ ได้แนบหลักฐานตามข้อบังคับสภาเภสัชกรรม ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียน การออกใบอนุญาต การต่ออายุใบอนุญาต การออกใบแทนใบอนุญาต แบบและประเภทใบอนุญาตของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ.2558 มาพร้อมคำขอ เพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้


- (1) สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ฉบับเดิม จำนวน 1 ฉบับ
- (2) ใบรายงานผลการศึกษาต่อเนื่องฯ
- (3) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
- (4) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
- (5) รูปถ่ายปัจจุบัน ไม่เกิน 6 เดือน ขนาดมาตรฐาน พอดีกรอบ พื้นหลังสีพื้นเรียบ แสงและภาพคมชัด (ไม่เบลอ)

หน้าตรง ตัวตรง ยิ้มได้เล็กน้อย แต่งกายสุภาพ ไม่สวมหมวกและแว่นตา ไม่ใช้รูปสติ๊กเกอร์หรือโพลาอยด์

ไฟล์เอกสารหลักฐาน \*  No file chosen

กรุณานำแบบไฟล์เอกสารหลักฐานตามที่ระบุไว้ข้างต้นให้ครบถ้วนในรูปแบบ .pdf ขนาดไม่เกิน 2 Mb (รวมเอกสารทั้งหมดอยู่ในไฟล์เดียวกัน)

8. กดปุ่ม “Choose File” เลือกไฟล์ภาพรูปถ่าย **ไฟล์นามสกุล.jpg** ขนาดไม่เกิน 250 Kb เท่านั้น สัดส่วนความกว้างและความสูงใบหน้ามีขนาด 50% และ 60-70% ตามรูปตัวอย่าง แล้วกด “อัปโหลด”

 รูปตัวอย่าง


ไฟล์ภาพรูปถ่าย \*  No file chosen

หมายเหตุ : หากรูปภาพไม่เป็นไปตามรูปแบบที่กำหนด จะไม่สามารถขึ้นทะเบียนฯได้  
ไฟล์นามสกุล.jpg ขนาดไม่เกิน 250 Kb เท่านั้น สัดส่วนความกว้างและความสูงใบหน้ามีขนาด 50% และ 60-70% ตามลำดับ

ค่าธรรมเนียม  บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)

**\*\*กรุณาอัปโหลดไฟล์เอกสารหลักฐานและไฟล์ภาพรูปถ่ายให้เรียบร้อยก่อนการยื่นคำขอ\*\***

9. เมื่อดำเนินการตามข้อ 7 และ 8 เรียบร้อยแล้ว ให้กดปุ่ม “ยืนยันการยื่นคำขอ”

 รูปตัวอย่าง

ไฟล์ภาพรูปถ่าย \*  No file chosen

หมายเหตุ : หากรูปภาพไม่เป็นไปตามรูปแบบที่กำหนด จะไม่สามารถขึ้นทะเบียนฯได้  
ไฟล์นามสกุล.jpg ขนาดไม่เกิน 250 Kb เท่านั้น สัดส่วนความกว้างและความสูงใบหน้ามีขนาด 50% และ 60-70% ตามลำดับ

ค่าธรรมเนียม  บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)

**\*\*กรุณาอัปโหลดไฟล์เอกสารหลักฐานและไฟล์ภาพรูปถ่ายให้เรียบร้อยก่อนการยื่นคำขอ\*\***

10. เมื่อยื่นคำขอแล้ว กดปุ่ม “พิมพ์ใบชำระเงิน” และชำระค่าธรรมเนียม

(สามารถชำระเงินได้ทันทีผ่าน Mobile Banking ทุกธนาคาร หรือ นำไปชำระภายหลังเป็นเงินสดได้ที่  
เคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทย)

รูปตัวอย่าง

ไฟล์ภาพรูปถ่าย \*

Choose File No file chosen อัปโหลด

หมายเหตุ : หากรูปภาพไม่เป็นไปตามรูปแบบที่กำหนด จะไม่สามารถขึ้นทะเบียนฯได้  
ไฟล์นามสกุล.jpg ขนาดไม่เกิน 250 Kb เท่านั้น สัดส่วนความกว้างและความสูงใบหน้ามีขนาด 50% และ 60-70% ตามลำดับ

ค่าธรรมเนียม 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)

\*\*กรุณาอัปโหลดไฟล์เอกสารหลักฐานและไฟล์ภาพรูปถ่ายให้เรียบร้อยก่อนการยื่นคำขอ\*\*

พิมพ์ใบชำระเงิน กลับสู่หน้าหลัก

11. ท่านสามารถตรวจสอบสถานะใบคำขอได้ด้วยตนเอง

เมื่อเข้าสู่ระบบเรียบร้อยแล้ว รายการคำขอผ่าน E-Service ที่ท่านได้ยื่นคำขอไว้ ระบบจะแสดงสถานะ  
ใบคำขอของท่านตามรูปภาพด้านล่าง

ข้อมูลผู้ประกอบการวิชาชีพ ยื่นคำขอผ่าน E-service

เลือกใช้บริการคำขอผ่านระบบ E-service --โปรดระบุ-- เขียนใบคำขอ

ประวัติการยื่นคำขอ

พบจำนวน 2 รายการ

หมายเลขคำขอ	วันที่ยื่นคำขอ	แบบฟอร์มคำขอ	การชำระเงินคำคำขอ	สถานะดำเนินการ
		สภ.17/1 คำขอต่ออายุใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม	รอดตรวจสอบการชำระเงิน	รอดตรวจสอบใบคำขอ

ติดต่อสอบถามได้ที่ ฝ่ายทะเบียนและใบอนุญาต สำนักงานเลขาธิการสภาเภสัชกรรม

เวลาทำการ 08.30 – 16.30 น.

โทรศัพท์ 0 2591 9992 (คู่สายอัตโนมัติ) กด 1

## เพิ่มเติม \*\* กรณีสืบ ประสงค์จะให้สภากงจัดสง้บออนุญาตทงไปรษณีย์ \*\*

หมายเหตุ : ระบบแบบฟอร์มขอรับเอกสารทงไปรษณีย์ จะปรากฏก้ต่อเมื่อชองสถานะดำเนินการเปล่ยนเป็น “ใบอนุญาตจัดพิมพ์เสร็จเรียบร้อยแล้ว” เท่านั้น

1. เมื่อเข้าสู่ระบบเรียบร้อยแล้ว กดปุ่ม “แบบฟอร์มขอรับเอกสารทงไปรษณีย์”

ข้อมูลผู้ประกอบการวิชาชีพ ยื่นคำขอผ่าน E-service

เลือกใช้บริการคำขอผ่านระบบ E-service --โปรดระบุ-- เขียนใบคำขอ

ประวัติการยื่นคำขอ

พบจำนวน 1 รายการ

หมายเลขคำขอ	วันที่ยื่นคำขอ	แบบฟอร์มคำขอ	การชำระเงินคำคำขอ	สถานะดำเนินการ
2565/1757	17 พ.ย. 2565	สภ.17/1 คำขอต่ออายุใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม <b>แบบฟอร์มขอรับเอกสารทงไปรษณีย์</b>	ชำระเงินเรียบร้อยแล้ว	ใบอนุญาตจัดพิมพ์เสร็จเรียบร้อยแล้ว

2. กรอกข้อมูลผู้ขอรับใบอนุญาตทงไปรษณีย์ และกด “บันทึกข้อมูล”

แบบฟอร์มขอรับเอกสารทงไปรษณีย์

วันที่

ข้อมูลผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม

ชื่อ-นามสกุล (TH) ชื่อ-นามสกุล (EN) เลขที่ใบอนุญาต

ชื่อใบคำขอ สภ.17/1 คำขอต่ออายุใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม เลขที่ใบคำขอ

ชื่อ-ที่อยู่จัดส่งเอกสาร - เลือกใช้ข้อมูลที่ติดต่อ -

ชื่อ-นามสกุลผู้รับเอกสาร \*

ชื่อหน่วยงาน (ถ้ามี)

เลขที่ \* หมู่บ้าน/อาคาร หมู่ที่

โปรดระบุคำว่า "หมู่บ้าน" หรือ "คอนโด" หรือ "อาคาร" ด้วย (ถ้ามี)

ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง \*

อำเภอ/เขต จังหวัด - เลือกจังหวัด - \* รหัสไปรษณีย์ \*

เบอร์โทรผู้รับเอกสาร \*

**บันทึกข้อมูล**

### 3. เมื่อยื่นคำขอแล้ว กดปุ่ม “พิมพ์ใบชำระเงิน” และชำระค่าธรรมเนียม

(สามารถชำระเงินได้ทันทีผ่าน Mobile Banking ทุกธนาคาร หรือ นำไปชำระภายหลังเป็นเงินสดได้ที่ เคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทย)

บันทึกข้อมูล พิมพ์ใบชำระเงิน

เมื่อชำระค่าจัดส่งเรียบร้อยแล้ว ท่านสามารถตรวจสอบข้อมูลการชำระเงินของท่านได้ภายใน 5 วันทำการถัดไป ในกรณีที่พบว่าข้อมูลการชำระเงินไม่ถูกต้อง กรุณาแจ้งยืนยันการชำระเงินโดยการแนบไฟล์สำเนาใบชำระเงิน

ไฟล์สำเนาใบชำระเงิน Choose File No file chosen ขนาดไม่เกิน 250 k (pdf , jpg , png เท่านั้น)

แจ้งยืนยันการชำระเงิน

### 4. ท่านสามารถตรวจสอบหมายเลขพัสดุได้ด้วยตนเอง โดยไปที่รายการยื่นคำขอผ่าน E-Service ที่ท่านได้ยื่นคำขอไว้ ระบบจะแสดงหมายเลขพัสดุของท่านตามรูปภาพด้านล่าง

เลขที่ใบประกอบ ฯ

ชื่อ-สกุล

เลือกเว็บไซต์ผ่านใหม่ | ออกจากระบบ

ข้อมูลผู้ประกอบการวิชาชีพ ยื่นคำขอผ่าน E-service

เลือกใช้บริการคำขอผ่านระบบ E-service --โปรดระบุ-- เขียนใบคำขอ

ประวัติการยื่นคำขอ

พบจำนวน 1 รายการ

หมายเลขคำขอ	วันที่ยื่นคำขอ	แบบฟอร์มคำขอ	การชำระเงิน คำคำขอ	สถานะดำเนินการ
สภ.17/1 คำขอต่ออายุใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม		สถานะการจัดส่งเอกสาร: จัดส่งเอกสารให้ประชาชนเรียบร้อยแล้ว (หมายเลขพัสดุ: XXXXXXXXXXXXXXX)	ชำระเงินเรียบร้อยแล้ว	ใบอนุญาตจัดพิมพ์เสร็จเรียบร้อยแล้ว

ติดต่อสอบถามได้ที่ ฝ่ายทะเบียนและใบอนุญาต สำนักงานเลขาธิการสภาเภสัชกรรม

เวลาทำการ 08.30 – 16.30 น.

โทรศัพท์ 0 2591 9992 (คู่สายอัตโนมัติ) กด 1