

-ร่าง-

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง การให้แจ้งข้อเท็จจริงเกี่ยวกับวัตถุอันตรายชนิดที่ ๑ ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยารับผิดชอบ

พ.ศ.

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕ วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕ และมาตรา ๒๐ (๑) แห่งพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๒ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยความเห็นของคณะกรรมการวัตถุอันตรายออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การให้แจ้งข้อเท็จจริงเกี่ยวกับวัตถุอันตรายชนิดที่ ๑ ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยารับผิดชอบ พ.ศ. ๒๕๖๒ ลงวันที่ ๒๖ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

ข้อ ๒ ในประกาศนี้

“วัตถุอันตราย” หมายความว่า วัตถุอันตรายชนิดที่ ๑ ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยารับผิดชอบ ตามประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม เรื่อง บัญชีรายชื่อวัตถุอันตราย ออกตามความในมาตรา ๑๘ วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕

ข้อ ๓ ผู้ใดประสงค์จะผลิตหรือนำเข้าซึ่งวัตถุอันตราย ให้แจ้งข้อเท็จจริงเกี่ยวกับวัตถุอันตรายต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ ก่อนการผลิตหรือนำเข้าครั้งแรก ตามแบบ วอ./สธ ๕ ท้ายประกาศนี้ พร้อมเอกสารและหลักฐานตามที่ระบุในแบบดังกล่าว

ให้ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าแจ้งยืนยันข้อเท็จจริงที่ได้แจ้งไว้ต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ในรอบหกปีปฏิทิน นับแต่ปีที่แจ้งข้อเท็จจริง ภายในวันที่ ๓๑ มกราคมของปีถัดไป ตามแบบ วอ./สธ .. ท้ายประกาศนี้ หากไม่แจ้งยืนยันข้อเท็จจริงในเวลาที่กำหนด ให้แจ้งข้อเท็จจริงตามวรรคหนึ่ง

ข้อ ๔ กรณีข้อเท็จจริงตามข้อ ๓ เปลี่ยนแปลงไป ให้ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าแจ้งข้อเท็จจริงเพิ่มเติมก่อนการเปลี่ยนแปลง ตามแบบ วอ./สธ ๑๖ ท้ายประกาศนี้ พร้อมเอกสารและหลักฐานตามที่ระบุในแบบดังกล่าว

การแจ้งข้อเท็จจริงเพิ่มเติมตามวรรคหนึ่งไม่รวมถึงการเปลี่ยนแปลงชื่อทางการค้าที่ใช้ภายในประเทศ ชื่อและอัตราส่วนของวัตถุอันตราย (สารสำคัญ) และลักษณะของวัตถุอันตราย หากข้อเท็จจริงดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงให้ดำเนินการแจ้งข้อเท็จจริงตามข้อ ๓ วรรคหนึ่ง

/ข้อ ๕ การ...

เลขที่รับ.....

วันที่รับ.....

วอ./สธ ๕

ใบแจ้งข้อเท็จจริงเกี่ยวกับวัตถุอันตรายชนิดที่ ๑
ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้รับผิดชอบ

ข้าพเจ้า.....

(บุคคลธรรมดา หรือนิติบุคคล)

อายุ.....ปี สัญชาติ.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน/เลขทะเบียนนิติบุคคล.....

สถานที่ติดต่อผู้แจ้งข้อเท็จจริง ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ขอแจ้งข้อเท็จจริงเกี่ยวกับวัตถุอันตรายชนิดที่ ๑ ตามพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม ดังนี้

๑. ประเภทการประกอบการ ผลิต นำเข้า

๒. ชื่อทางการค้าที่ใช้ภายในประเทศ (ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ) (ถ้ามี).....

๓. ชื่อทางการค้าเฉพาะเพื่อการส่งออกไปต่างประเทศ.....

๔. ชื่อและอัตราส่วนของวัตถุอันตราย (สารสำคัญ).....

๕. ชื่อและอัตราส่วนของส่วนประกอบอื่นครบทุกรายการ.....

๖. ประเภทของการใช้.....ลักษณะของวัตถุอันตราย.....

๗. ชื่อสถานที่(ผลิต/เก็บรักษา).....

ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

(ในกรณีที่มีสถานที่เก็บรักษา มากกว่า ๑ แห่ง ให้ระบุรายละเอียดเพิ่มเติมในหน้าที่ ๒)

๘. ชื่อสถานที่ผลิตต่างประเทศ (เฉพาะการนำเข้า).....ประเทศ.....

๙. ปริมาณการ(ผลิต/นำเข้า)ต่อปี..... กิโลกรัม/ลิตร/ตัน

(ลงชื่อ).....ผู้แจ้ง

(การระบุรายละเอียดให้พิมพ์หรือเขียนด้วยตัวบรรจง)

(.....)

สำหรับพนักงานเจ้าหน้าที่

(สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....) ได้รับแจ้งข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ
วัตถุอันตรายชนิดที่ ๑ ตามพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม

โดยออกเลขที่รับแจ้ง.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยมีเงื่อนไข ดังต่อไปนี้

ให้แจ้งยืนยันข้อเท็จจริงที่ได้แจ้งไว้ทุกรอบ ๖ ปีปฏิทินนับแต่ปีที่แจ้งข้อเท็จจริงให้พนักงานเจ้าหน้าที่ที่ทราบ
ภายในวันที่ ๓๑ เดือน มกราคม พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับแจ้ง

พนักงานเจ้าหน้าที่

หมายเหตุ การแจ้งข้อเท็จจริงเกี่ยวกับวัตถุอันตรายชนิดที่ ๑ นี้ ออกโดยใช้ระบบเครือข่ายอิเล็กทรอนิกส์ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

สถานที่เก็บรักษาแห่งที่ ๒

ชื่อสถานที่เก็บรักษา.....
ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

(กรณีมีที่เก็บรักษามากกว่า ๒ แห่ง ระบุรายการเพิ่มเติมได้)

(ลงชื่อ).....ผู้แจ้ง
(.....)

หมายเหตุ

ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าซึ่งวัตถุอันตรายชนิดที่ ๑ ต้องดำเนินการให้สอดคล้องกับประกาศและหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๑. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการในการผลิต การนำเข้า การส่งออก การนำผ่าน และการมีไว้ในครอบครองเพื่อใช้รับจ้างซึ่งวัตถุอันตรายที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาธิบดีชอบ และประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเรื่องฉลากของวัตถุอันตรายที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาธิบดีชอบ
๒. การแจ้งยืนยันข้อเท็จจริงที่ได้แจ้งไว้ต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ **ทุกกรอบ ๖ ปี**ปฏิทินนับแต่ปีที่แจ้งข้อเท็จจริง ภายใน ๓๑ มกราคมของปีถัดไป

เอกสารและหลักฐานเพื่อการแจ้งข้อเท็จจริงเกี่ยวกับวัตถุอันตรายชนิดที่ ๑

ข้าพเจ้าได้แสดงหรือแนบเอกสารหรือหลักฐาน ดังต่อไปนี้

- กรณีที่เป็นนิติบุคคล แสดงหนังสือรับรองนิติบุคคล / กรณีที่เป็นบุคคลธรรมดา แสดงบัตรประจำตัวประชาชนและแสดงใบทะเบียนพาณิชย์
- แนบหนังสือมอบอำนาจ ๑ ชุด (กรณีมีการมอบอำนาจ)
- แนบแผนที่แสดงที่ตั้งและพิกัด GPS ของสถานประกอบการ

เลขที่รับ.....

วันที่รับ.....

วอ./สธ ๑๖

ใบแจ้งข้อเท็จจริงเพิ่มเติมเกี่ยวกับวัตถุอันตรายชนิดที่ ๑

ข้าพเจ้า.....

(บุคคลธรรมดา หรือนิติบุคคล)

อายุ.....ปี สัญชาติ.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน/เลขทะเบียนนิติบุคคล.....

สถานที่ติดต่อผู้แจ้งข้อเท็จจริง ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

เป็นผู้แจ้งข้อเท็จจริงเกี่ยวกับวัตถุอันตรายชนิดที่ ๑ ตามเลขที่รับแจ้ง.....

ประเภทการประกอบการ ผลิต นำเข้า

มีความประสงค์ขอแจ้งข้อเท็จจริงเพิ่มเติมในแบบ วอ./สธ ๕ เลขที่รับแจ้ง.....ซึ่งข้าพเจ้ามีหน้าที่ต้องแจ้งเพิ่มเติม

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๑. ชื่อ/ที่ตั้งสถานที่ติดต่อผู้แจ้งข้อเท็จจริง.....

๒. ชื่อทางการค้าที่ใช้ภายในประเทศ (ภาษาอังกฤษ) เฉพาะกรณีที่ไม่ได้แจ้งไว้ในครั้งแรก.....

๓. ชื่อทางการค้าเฉพาะเพื่อการส่งออกต่างประเทศ.....

๔. ชื่อและอัตราส่วนขององค์ประกอบอื่น.....

๕. ประเภทของการใช้.....

๖. ชื่อ/ที่ตั้งสถานที่(ผลิต/เก็บรักษา).....

๗. ชื่อสถานที่ผลิตต่างประเทศ (เฉพาะการนำเข้า).....

๘. ปริมาณการ(ผลิต/นำเข้า)ต่อปี..... กิโลกรัม/ลิตร/ตัน

เอกสารและหลักฐานเพื่อการแจ้งข้อเท็จจริงเพิ่มเติม

ข้าพเจ้าได้แสดงหรือแนบเอกสารหรือหลักฐาน ดังต่อไปนี้

กรณีที่เป็นนิติบุคคล แสดงหนังสือรับรองนิติบุคคล / กรณีที่เป็นบุคคลธรรมดา แสดงบัตรประจำตัวประชาชนและแสดงใบทะเบียนพาณิชย์

แนบหนังสือมอบอำนาจ ๑ ชุด (กรณีมีการมอบอำนาจ)

แนบเอกสารหรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการแจ้งข้อเท็จจริงเพิ่มเติมต่าง ๆ (ระบุ).....

(ลงชื่อ).....ผู้แจ้ง

(การระบุรายละเอียดให้พิมพ์หรือเขียนด้วยตัวบรรจง)

(.....)

สำหรับพนักงานเจ้าหน้าที่

(สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....) ได้รับแจ้งข้อเท็จจริงเพิ่มเติมจากแบบ วอ./สธ ๕ เลขที่รับแจ้ง.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับแจ้ง

พนักงานเจ้าหน้าที่

หมายเหตุ การแจ้งข้อเท็จจริงเพิ่มเติมนี้ ออกโดยใช้ระบบเครือข่ายอิเล็กทรอนิกส์ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

เลขที่รับ.....

วันที่รับ.....

วอ./สธ ..

ใบแจ้งยืนยันข้อเท็จจริงเกี่ยวกับวัตถุดิบตรายชนิดที่ ๑

ข้าพเจ้า.....

(บุคคลธรรมดา หรือนิติบุคคล)

อายุ.....ปี สัญชาติ.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน/เลขทะเบียนนิติบุคคล.....

สถานที่ติดต่อผู้แจ้งข้อเท็จจริง ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

เป็นผู้แจ้งข้อเท็จจริงเกี่ยวกับวัตถุดิบตรายชนิดที่ ๑ ตามเลขที่รับแจ้งที่ปรากฏดังตารางด้านล่าง

ประเภทการประกอบการ* ผลิต นำเข้า

มีความประสงค์ขอแจ้งยืนยันข้อเท็จจริงในแบบ วอ./สธ ๕ ซึ่งข้าพเจ้ามีหน้าที่ต้องแจ้งยืนยันข้อเท็จจริงที่ได้แจ้งไว้ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ลำดับที่	เลขที่รับแจ้ง วัตถุดิบตรายชนิดที่ ๑	ชื่อทางการค้า	ขอยืนยันข้อเท็จจริง เกี่ยวกับวัตถุดิบ ที่ได้แจ้งไว้	ขอยกเลิก การแจ้งข้อเท็จจริง ในการ(ผลิต/นำเข้า) วัตถุดิบตรายชนิดที่ ๑
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(ระบุรายการเพิ่มเติมได้)

หมายเหตุ *ให้แจ้งยืนยันข้อเท็จจริงแยกตามประเภทการประกอบการผลิตหรือนำเข้า

(ลงชื่อ).....ผู้แจ้ง

(การระบุรายละเอียดให้พิมพ์หรือเขียนด้วยตัวบรรจง)

(.....)

สำหรับพนักงานเจ้าหน้าที่

(สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....) ได้รับแจ้งการยืนยันข้อเท็จจริง
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....และให้แจ้งยืนยันข้อเท็จจริงที่ได้แจ้งไว้ทุกกรอบ ๖ ปีปฏิทินนับแต่ปีที่ได้แจ้งยืนยันข้อเท็จจริงครั้งนี้ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ทราบ
ภายในวันที่ ๓๑ เดือน มกราคม พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับแจ้ง

พนักงานเจ้าหน้าที่

หมายเหตุ การแจ้งยืนยันข้อเท็จจริงนี้ ออกโดยใช้ระบบเครือข่ายอิเล็กทรอนิกส์ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา