

ดงกั

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา
รับเลขที่ 11526
วันที่ - 7 ธ.ค. 2565
เวลา _____ น.



ที่ สธ ๑๐๐๖/ว ๑๖๒๓๕

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา  
กระทรวงสาธารณสุข  
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

- ๑ ธ.ค. ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตอบแบบสำรวจการตรวจสอบสถานที่ผลิตเครื่องสำอางให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน  
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

อ้างถึง หนังสือกระทรวงสาธารณสุขที่ สธ ๑๐๐๓/ว๘๓๔ ลงวันที่ ๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๕

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสำรวจการตรวจสอบสถานที่ผลิตเครื่องสำอางให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน ๑ ชุด

ตามหนังสือที่อ้างถึง กระทรวงสาธารณสุขได้มีแจ้งแนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับเครื่องสำอาง โดยขอให้จังหวัดเร่งรัดดำเนินการตรวจสอบสถานที่ผลิตเครื่องสำอางในเขตพื้นที่รับผิดชอบให้เป็นประกาศ กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการผลิตหรือนำเข้าเครื่องสำอาง พ.ศ.๒๕๖๑ ซึ่งได้ส่งคู่มือแนวทางการตรวจสอบสถานที่ผลิตเครื่องสำอางเพื่อดำเนินการให้เป็นไปตามประกาศกระทรวง สาธารณสุขมาพร้อมกันนี้ด้วยแล้วนั้น

ในการนี้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จึงขอความอนุเคราะห์หน่วยงานของท่านตอบ แบบสำรวจการตรวจสอบสถานที่ผลิตเครื่องสำอางให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมา ด้วย และขอได้โปรดส่งหนังสือราชการพร้อมแบบสำรวจการนำเข้าข้อมูลผลิตภัณฑ์ฯ ดังกล่าวกลับมายัง สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ภายในวันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายวิระชัย นลวชัย)

รองเลขาธิการ ปฏิบัติราชการแทน  
เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ

โทรศัพท์ ๐-๒๕๕๐-๗๓๙๓

โทรสาร ๐-๒๕๕๑-๘๓๘๗

แบบสำรวจการตรวจสอบสถานที่ผลิตเครื่องสำอางให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน

1. เขตสุขภาพที่ .....
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด .....
3. สถานที่ผลิตเครื่องสำอางที่ยังไม่ได้รับการตรวจสอบ

ดำเนินการตรวจสอบสถานที่ผลิตเครื่องสำอางครบถ้วนแล้ว

ดำเนินการตรวจสอบสถานที่ผลิตเครื่องสำอาง ยังไม่ครบถ้วน แต่สามารถดำเนินการให้ครบได้ใน

วันที่ 16 ธันวาคม 2565

ดำเนินการตรวจสอบสถานที่ผลิตเครื่องสำอาง ยังไม่ครบถ้วน และ ไม่สามารถดำเนินการให้ครบได้ใน

วันที่ 16 ธันวาคม 2565

โดยต้องการขอความสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาดังนี้

.....

.....

.....

.....

.....

4. ปัญหาและอุปสรรค

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

วันที่.....