



◆ คู่มือการใช้งาน

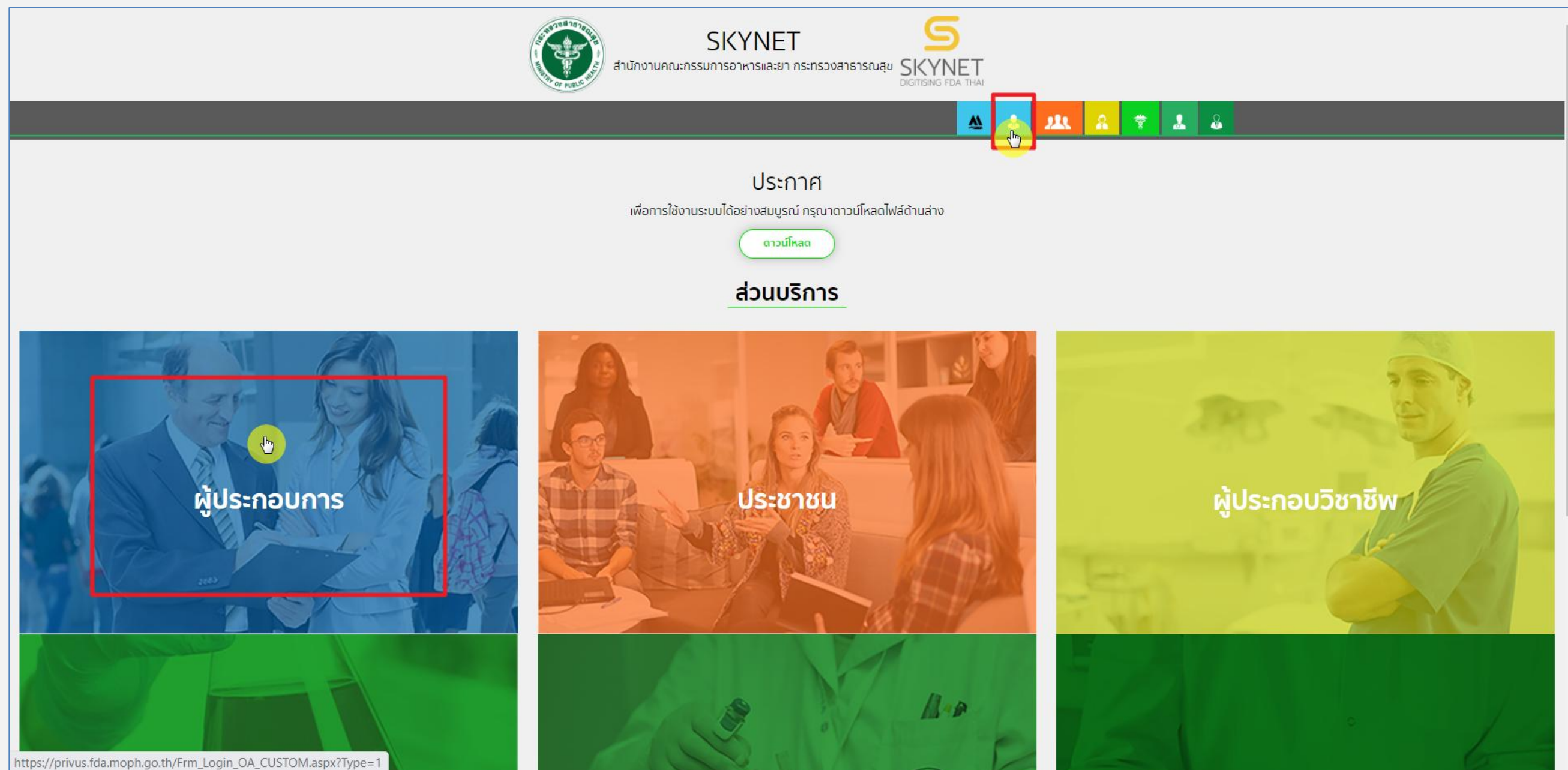
การนำเข้าเครื่องหมายแพทย์โดยหน่วยงานของรัฐ
ในหน้าที่ป้องกัน ชันสูตร บำบัดโรค หรือฟื้นฟูสมรรถภาพ
หรือสภากาชาดไทย ตามมาตรา 27 (1)



ผ่านระบบ e-Submission

เข้าใช้งานระบบ Skynet

<https://privus.fda.moph.go.th/>



เลือก ผู้ประกอบการ

สามารถเข้าใช้งานได้ 2 ช่องทาง



App ThaiID
ของกรมการปกครอง

หรือ

DGA Digital ID

ลงชื่อเข้าใช้งาน

ระบบการยื่นคำขอผลิตภัณฑ์สุขภาพ (SKYNET)
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ระบุบัญชีผู้ใช้งาน / เลขประจำตัวประชาชน / อีเมล

ระบุรหัสผ่าน 

ลืมรหัสผ่าน ? ผู้ใช้ใหม่ ? ลงทะเบียน

เข้าสู่ระบบ

ยกเลิก

Digital ID

เลือก ระบบ

ระบบมาตรา 27 (1)

*หากไม่พบ icon
ต้องทำการเปิดสิทธิใช้งาน

เลือก สถานที่นำเข้า

รายการสถานที่ทั่วไป

ชื่อสถานที่	ที่อยู่	
บ้านทราย	บ้านเลขที่5 ซอยใหญ่ ถนนเล็ก หมู่2 แขวงจันทรเกษม เขตจตุจักร จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10170	เลือก
จำนวน: 1 รายการ		
« Previous 1 Next »		
จำนวนการแสดงผล 10 ▾		

การยื่นคำขอ

เลือก +เพิ่มคำขอ

เพิ่มคำขอ							
เลข Invoice	วันที่ Invoice	เลขรับ	วันที่ส่งเรื่อง	วันที่พิจารณา	สถานะ	ดูข้อมูล	LPI

ขอให้ท่านทวนสอบความถูกต้องของข้อมูลของตนก่อนยื่นคำขอ เมื่อยื่นคำขอแล้วท่านจะไม่สามารถแก้ไขคำขอได้

คำรับรองการยื่นคำขอผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

- เครื่องมือแพทย์ที่นำเข้า/นำไปใช้ใน หน่วยงานรัฐ หรือ สภากาชาดไทย เท่านั้น ทั้งนี้หากพบการทำงานอันผิดปกติของเครื่องมือแพทย์ที่นำเข้า หรือผลอันไม่พึงประสงค์จากการใช้เครื่องมือแพทย์ที่เกิดขึ้นกับผู้บริโภคจะรายงานให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาทราบ
- รายละเอียดที่ได้แจ้งในคำขอนำเข้านี้เป็นความจริง และเอกสารที่เกี่ยวข้องเป็นต้นฉบับหรือสำเนาที่ถูกต้อง

ตกลง

ยกเลิก

คำรับรองการยื่นคำขอ เลือก ตกลง

ระบุรายละเอียดคำขอ (ต่อ)

รายการไฟล์แนบ *เฉพาะ PDF และ JPEG ขนาดไม่เกิน 2 MB

หนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์ในการนำเข้า *

หนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์การนำเข้าของหน่วยงานของรัฐ ในหน้าที่ป้องกัน ชันสูตร บำบัดโรค หรือฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือ สภากาชาดไทย โดยระบุชนิดและจำนวนของเครื่องมือแพทย์ ที่นำเข้า พร้อมรับรองคุณภาพมาตรฐานประสิทธิภาพและความปลอดภัย (ลงนามโดยผู้มีอำนาจสูงสุดของหน่วยงาน)

No file chosen

เลือกไฟล์

ไม่ได้เลือกไฟล์ใด

บัญชีราคาสินค้า (Invoice) หรือเอกสารอื่นๆ แล้วแต่กรณี *

No file chosen

เลือกไฟล์

ไม่ได้เลือกไฟล์ใด

ฉลาก รูปภาพสินค้า หรือเอกสารอื่นๆ ที่แสดงรายละเอียดสินค้า *

รายละเอียดของเครื่องมือแพทย์ เช่น ชื่อการค้า ฉลาก เอกสารกำกับภาพ หรือเอกสารอื่น ๆ ส่วนประกอบ ลักษณะเฉพาะ (specifications) ชื่อของผู้ผลิตหรือเจ้าของผลิตภัณฑ์ ประเทศต้นกำเนิด

No file chosen

เลือกไฟล์

ไม่ได้เลือกไฟล์ใด

หนังสือมอบอำนาจของหน่วยงานรัฐหรือสภากาชาดให้กระทำการแทน

กรณีหน่วยงานของรัฐหรือสภากาชาดไทยมิได้เป็นผู้นำเข้าเอง แนบหนังสือมอบอำนาจของหน่วยงานของรัฐหรือสภากาชาดไทยมอบอำนาจให้บุคคลหรือนิติบุคคล เป็นผู้นำเข้าแทน รวมทั้งหลักฐานแสดงว่าผู้ลงนามในหนังสือมอบอำนาจมีอำนาจลงนาม เช่น สำเนาบัตรข้าราชการ สำเนาบัตรประจำตำแหน่ง สำเนาคำสั่งแต่งตั้ง เป็นต้น พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ

No file chosen

เลือกไฟล์

ไม่ได้เลือกไฟล์ใด

ข้อมูลผู้ติดต่อ

ชื่อผู้ยื่นคำขอ *

นางสาว

เบอร์ติดต่อ *

*ระบุเบอร์ติดต่อท่านที่สามารถตอบปัญหาเกี่ยวกับคำขอได้

ถัดไป

แนบเอกสารให้ครบถ้วน และกด ถัดไป

ระบุรายละเอียดคำขอ (ต่อ)

รายการผลิตภัณฑ์

ผลิตภัณฑ์ลำดับที่ 1

+

ลำดับ INV * :

กรณาระบุลำดับ INV

ตัวอย่างเช่น 1, 3, 5 ตามลำดับใน Invoice

ชื่อผลิตภัณฑ์ * :

กรณาระบุชื่อสินค้า

ชื่อผู้ผลิตต่างประเทศ * :

กรณาระบุชื่อผู้ผลิตต่างประเทศ

ประเทศ * :

จำนวน * :

กรณาระบุจำนวน

*จำนวนและหน่วยนำเข้าตามที่ระบุในใบขนสินค้า

หน่วยนำเข้า * :

กลับ

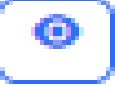
บันทึก

*หากต้องการเพิ่มรายการต่อเลือก +เพิ่มรายการ /ลบรายการ หากไม่ได้ใช้

กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน และกดบันทึก

หลังจากบันทึกเรียบร้อยแล้ว จะได้สถานะ **ยื่นคำขอ**

 **เพิ่มคำขอ**

เลข Invoice	วันที่ Invoice	เลขรับ	วันที่ส่งเรื่อง	วันที่พิจารณา	สถานะ	ดูข้อมูล	LPI
TEST	15/08/2569	6900006	16/08/2569 11:10:06 PM		ยื่นคำขอ		

รอเจ้าหน้าที่พิจารณา 1 วันทำการ

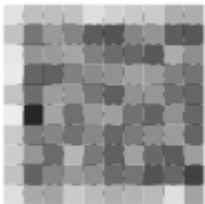
สถานะ อนุมัติ

เลข Invoice	วันที่ Invoice	เลขรับ	วันที่ส่งเรื่อง	วันที่พิจารณา	สถานะ	ดูข้อมูล	LPI
TEST	15/08/2569	69000006	16/08/2569 11:10:06 PM	16/08/2569 11:16:24 PM	อนุมัติ		69561000000004



ใบรับแจ้งการนำเข้าผลิตภัณฑ์สุขภาพ เลขที่ 69561000000004
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

ใบสำคัญฉบับนี้แสดงว่า



ผู้นำเข้าชื่อ บริษัท ทดสอบ จำกัด
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 00000000000000

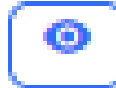
ณ สถานที่ เลขที่ บ้านเลขที่19/2 ซอย4 ถนนพรอนเทล่า หมู่2 แขวงโคกหาร เขตเขาพนม จังหวัดกระบี่ 10990

เลขที่สาขา วันที่ออกใบสำคัญ 16/8/2569 วันที่หมดอายุ 15/10/2569
สินค้าจำนวน 2 รายการ ตาม Invoice เลขที่ TEST วันที่ออก Invoice 15/8/2569
(รายละเอียดปรากฏตามรายการแนบท้าย)

1 ลำดับรายการใน Invoice เลขอ้างอิง U1SMX056690000600000000000005C
วัตถุประสงค์ การนำเข้าเครื่องมือแพทย์โดยหน่วยงานรัฐในหน้าที่ป้องกัน ชันสูตร บำบัดโรค หรือฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือสภากาชาดไทย ตามมาตรา 27 (1)
ชื่อผลิตภัณฑ์ TEST

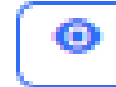
เมื่อได้รับอนุมัติ ระบบจะออก LPI ให้อัตโนมัติ
*สามารถนำ LPI ไปทำใบขนสินค้าได้หลังจากอนุมัติ 30-40 นาที

สถานะ คัดค้านคำขอ

เลข Invoice	วันที่ Invoice	เลขรับ	วันที่ส่งเรื่อง	วันที่พิจารณา	สถานะ	ดูข้อมูล	LPI
TEST	16/08/2569	6900007	16/08/2569 11:20:46 PM	16/08/2569 11:20:57 PM	คัดค้านคำขอ	 	

สามารถแก้ไขโดย Copy คำขอเดิมได้

สถานะ ไม่อนุมัติ

เลข Invoice	วันที่ Invoice	เลขรับ	วันที่ส่งเรื่อง	วันที่พิจารณา	สถานะ	ดูข้อมูล	LPI
TEST	16/08/2569	6900008	16/08/2569 11:21:42 PM	16/08/2569 11:22:38 PM	ไม่อนุมัติ		

ไม่สามารถ Copy คำขอเดิมได้