**หนังสือแสดงความไม่มีส่วนได้ส่วนเสีย**

ข้าพเจ้า ชื่อ .................................................................. ตำแหน่ง........................................................

ในฐานะเป็น [ ] กรรมการ / อนุกรรมการ / ผู้ทำงาน [ ] ผู้เชี่ยวชาญ

[ ] ผู้ประเมินภายนอก [ ] พนักงานเจ้าหน้าที่สำนักยา

[ ] ผู้ที่ได้รับการว่าจ้างจากสำนักยา [ ] ผู้เข้าร่วมประชุม ………………………

[**x**] บุคคลหรือหน่วยงานอื่น นิสิต/นักศึกษาเภสัชศาสตร์ที่ฝึกปฏิบัติวิชาชีพเภสัชกรรม สาขาวิทยาศาสตร์เภสัชกรรม (Pharmaceutical Sciences) ระหว่างวันที่ ถึง

ขอรับรองว่า

[ ] ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียทางตรงและส่วนได้ส่วนเสียทางอ้อม ในองค์กรที่รับการตรวจประเมิน องค์กรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการรับรอง หรือกระบวนการจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติ ในระยะเวลา 2 ปีที่ ผ่านมา

[ ] มีส่วนได้ส่วนเสียทางอ้อม ในองค์กรที่รับการตรวจประเมิน องค์กรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการ รับรอง หรือกระบวนการจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติ ในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา ดังต่อไปนี้

[ ] สมาชิกโดยตรงในครอบครัวทางานกับหรือให้คำปรึกษาแก่องค์กรนั้น

[ ] สมาชิกโดยตรงในครอบครัวเป็นผู้ถือหุ้นในองค์กรนั้นหรือบริษัทแม่ในองค์กรนั้น

[ ] สมาชิกโดยตรงในครอบครัวมีตำแหน่งกรรมการหรือมีการจัดการทางการค้าในองค์กรนั้น (อาจจะมีส่วนได้ส่วนเสียในองค์กรคู่แข่ง)

หากข้าพเจ้ามีส่วนได้ส่วนเสียหรือมีความสัมพันธ์กับองค์กรนั้น ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะแจ้งให้สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ทราบก่อนที่จะรับงาน/ดำเนินงานในกิจกรรมของสำนักยา หรืองานสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ตามขอบข่ายงานในคู่มือฉบับนี้

ลงชื่อ ผู้แสดงตน

( )

วันที่

ลงชื่อ พยาน ลงชื่อ พยาน

( ) ( )

วันที่ วันที่

F-D2-119 (01-30/08/56) หน้าที่ 1/1

เลขที่

**สัญญาว่าด้วยการรักษาความลับ**

สัญญาฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับ พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ .ศ. 2540 และ  
หลักปฏิบัติสากล ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาความลับของข้อมูลต่าง ๆ ในกิจกรรมด้านการอนุญาต โดยมีผลบังคับใช้กับ   
บุคคลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการอนุญาต ของสำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้แก่ กรรมการในคณะกรรมการยา อนุกรรมการ หรือบุคคลในคณะทำงาน ที่ได้รับการแต่งตั้งจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือแต่งตั้งจาก \คณะอนุกรรมการ หรือแต่งตั้งจากสำนักยา เจ้าหน้าที่สำนักยา ผู้ได้รับการแต่งตั้ง/ว่าจ้างจากสำนักยา  
เพื่อดำเนินการที่เกี่ยวข้องและได้รับเอกสารและข้อมูลต่างๆ ในกิจกรรมการอนุญาตของสำนักยา สำนักงาน  
คณะกรรมการอาหารและยา รวมทั้งบุคคลอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่จะเข้าถึงข้อมูล  
ของผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับอนุญาตของสำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ตามสัญญาฉบับนี้ ข้าพเจ้ารับรองจะเก็บรักษาเอกสารและข้อมูลต่าง ๆ ในกิจกรรมการอนุญาต การขึ้นทะเบียน   
การรับแจ้ง การอนุมัติ การวินิจฉัยผลิตภัณฑ์ การขอความเห็น การออกหนังสือรับรอง และการรับรองระบบจัดการคุณภาพ ซึ่งไม่สามารถเผยแพร่แก่บุคคลอื่นได้ ไว้เป็นความลับโดยข้าพเจ้าให้การรับรองว่า

1. ไม่เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบและรายละเอียดเนื้อหาของเอกสารใด ๆ ของผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับอนุญาต ที่สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้รับไว้เพื่อใช้ในกิจกรรมการอนุญาต เว้นแต่จะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอ/ผู้ได้รับการรับรองรับทราบก่อน หรืออาจเปิดเผยข้อมูลหากกฎหมายหรือพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540กำหนดให้เปิดเผยข้อมูล หรือเพื่อเป็นประโยชน์ต่อประชาชนโดยทั่วไป

2. ไม่วิจารณ์ถึงกิจกรรมใดๆ ที่ก่อให้เกิดความเสียหายทางธุรกิจต่อ ผู้ยื่นคำขอ /ผู้ได้รับการรับรอง เว้น แต่จะเป็นประโยชน์ต่อประชาชนและราชการ

3. ไม่อนุญาตให้บุคคลอื่นที่ไม่ได้ลงนามในสัญญารักษาความลับอ่านเอกสารและข้อมูลผลการพิจารณา การรับรองที่เกี่ยวข้องกับผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับอนุญาต

4. ไม่นำเอกสารและข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับจากการร่วมในกิจกรรมการอนุญาต ของสำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อใช้ในการแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตัว หรือให้เป็นประโยชน์แก่ บุคคลอื่น หรือนำไปใช้ในทางที่มิชอบ

ลงชื่อ………..………..………..………..………..ผู้ให้สัญญา

(………..………..………..………..………..………………..)

วันที่

ลงชื่อ พยาน ลงชื่อ พยาน

( ) ( )

วันที่ วันที่

F-D2-118 (01-30/08/56) หน้าที่ 1/1

Confidentiality Statement

**Declaration :**

I understand fully that all information enclosed in registration dossiers, which was used for the **“Training course in ‘pharmaceutical regulatory science’ for Student in Pharmacy Program (Bachelor Degree) during to ”**,

are strictly confidential in nature.

I agree not to copy, reproduce or utilize any form or by any mean, electronic or mechanical, including but not limited to photocopying , recording or by any information storage and retrieval system any part of this dossier without the written approval.

I am also aware that I may be subjected to personal, civil, and/or criminal liability and legal penalties due to my unauthorized use or disclosure of sensitive information contained in this dossier.

Conform :

I have read and agree to comply with the term of this Confidentiality Statement.

Name (in Print):

Faculty/University: Student ID:

Signature/date