

## ใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

ข้าพเจ้า..... ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ /  
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ใบอนุญาตประกอบกรบำบัดโรคสัตว์ เลขที่.....  
อยู่เลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด..... โทรศัพท์.....

รายการยาเสพติดให้โทษที่สั่งจ่ายและจำนวน

.....  
.....  
.....  
.....

ให้แก่ (ชื่อผู้รับการรักษาหรือชื่อเจ้าของสัตว์ซึ่งรับการบำบัด)

.....  
อยู่เลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด..... โทรศัพท์.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

(ลายมือชื่อ).....ผู้ออกใบสั่ง

**หมายเหตุ** ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก