



คำขอซื้อวัตตุดอกฤทธิ์ในประเภท 2 (Pseudoephedrine)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม / โรคศิลปะเลขที่.....
บัตรประชาชน / บัตรข้าราชการเลขที่.....
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....ซอย.....หมู่บ้าน.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร.....

สถานพยาบาล รัฐ เอกชน อื่น ๆ โปรดระบุ

ชื่อ.....ตั้งอยู่เลขที่.....ซอย.....ถนน

.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทร.....

ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล เลขที่.....

ใบอนุญาตดำเนินการกิจการสถานพยาบาล เลขที่.....

ใบอนุญาตครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตตุดอกฤทธิ์ เลขที่ใบอนุญาต..... ออกให้ ณ วันที่.....

ขอยื่นคำขอซื้อต่อ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ผ่านบริษัท.....

เพื่อขอซื้อวัตตุดอกฤทธิ์ในประเภท 2 (Pseudoephedrine)

(1) ชื่อการค้า..... ปริมาณที่ขอซื้อ (จำนวนเป็นตัวอักษร).....

ขนาดบรรจุ

(2) ชื่อการค้า..... ปริมาณที่ขอซื้อ (จำนวนเป็นตัวอักษร).....

ขนาดบรรจุ

(3) ชื่อการค้า..... ปริมาณที่ขอซื้อ (จำนวนเป็นตัวอักษร).....

ขนาดบรรจุ

หมายเหตุ ปริมาณที่ขอซื้อ ขอให้ระบุเป็นหน่วยย่อย กรณียาเม็ด หน่วยนับคือ เม็ด กรณียาน้ำ หน่วยนับคือ

มิลลิลิตร โดยให้ระบุ ความแรงและขนาดบรรจุมาด้วย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่ระบุในคำขอซื้อนี้ เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอซื้อ

(.....)

หมายเหตุ ให้แนบหลักฐานประกอบคำขอซื้อที่มีการรับรองสำเนาถูกต้อง **ทุกครั้ง** ดังนี้

- 1) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม/โรคศิลปะ
- 2) สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการกิจการสถานพยาบาล
- 3) สำเนาใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตตุดอกฤทธิ์ (ถ้ามี)