

รายงานรับ จ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

ประจำเดือนมกราคม..... พ.ศ.2563.....

ใบอนุญาตเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ (ให้ขีดเลือกข้อความใน เพียงช่องเดียว) จำหน่าย มีไว้ในครอบครอง

ชื่อผู้รับอนุญาตกรมควบคุมโรค..... ใบอนุญาตเลขที่1..... / 2563.....

สถานที่ชื่อสถาบันบำบัดสุรา.....

ตั้งอยู่เลขที่54/321..... หมู่ที่ 7..... ตรอก/ซอย ถนนติวานนท์..... ตำบล/แขวงตลาดขวัญ.....

อำเภอ/เขตเมืองนนทบุรี... จังหวัดนนทบุรี... รหัสไปรษณีย์ ...11000... โทรศัพท์ ...02-123 xxxx... โทรสาร.....02-123 xxxx ... E-mail ...abcd@hotmail.com..

ขอรายงานผลการดำเนินงานกิจการเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ดังนี้

วัน เดือน ปี	ชื่อและความแรงของยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒	เลขที่/รุ่นที่/ครั้งที่ผลิต	ชื่อผู้ผลิต/แหล่งผลิต	ได้มาจาก	จ่ายไปให้	จำนวน/ปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒				หน่วย *	หมายเหตุ
						ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ		
5 ม.ค. 63	Methadone HCl 5 mg	25/2560	องค์การเภสัชกรรม	อย	ผู้ป่วย 5 ราย	-	1000	150	850	เม็ด	-
15 ม.ค. 63	Methadone HCl 5 mg	25/2560	องค์การเภสัชกรรม	อย	ผู้ป่วย 3 ราย	850	-	90	760	เม็ด	-
รวม											

(ลงชื่อ)AA BBB..... ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ

(.....นาย AA BBB.....)

หมายเหตุ : (๑) * ระบุหน่วย เช่น กรณียาน้ำให้ระบุเป็น “มิลลิลิตร” หรือ “ขวด” หรือ กรณียาเม็ดให้ระบุเป็น “เม็ด” หรือ “แคปซูล” หรือ กรณียาฉีดให้ระบุเป็น “มิลลิลิตร” หรือ “ampule” หรือ “vial” ฯลฯ

(๒) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

รายงานรับ จ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒
ประจำปี พ.ศ.2563.....

ใบอนุญาตเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ (ให้ขีดเลือกข้อความใน เพียงช่องเดียว)

จำหน่าย มีไว้ในครอบครอง

ชื่อผู้รับอนุญาตกรมควบคุมโรค..... ใบอนุญาตเลขที่1..... / 2563....

สถานที่ชื่อสถาบันบำบัดสุรา.....

ตั้งอยู่เลขที่54/321..... หมู่ที่ 7..... ตรอก/ซอย-..... ถนนติวานนท์..... ตำบล/แขวงตลาดขวัญ.....

อำเภอ/เขตเมืองนนทบุรี... จังหวัดนนทบุรี...รหัสไปรษณีย์ ...11000... โทรศัพท์ ...02-123 xxxx...โทรสาร.....02-123 xxxx ... E-mail ... abcd@hotmail.com..

ขอรายงานผลการดำเนินกิจการเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ดังนี้

เดือน	ชื่อและความแรงของ ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒	จำนวน/ปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ (หน่วย.....*)				หมายเหตุ
		ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ	
มกราคม	Methadone HCl 5 mg	-	1000	300	700	
กุมภาพันธ์	Methadone HCl 5 mg	700	-	200	500	
มีนาคม	Methadone HCl 5 mg	500	-	400	100	
เมษายน	Methadone HCl 5 mg	100	1000	200	900	
พฤษภาคม						
มิถุนายน						
กรกฎาคม						
สิงหาคม						
กันยายน						
ตุลาคม						
พฤศจิกายน						
ธันวาคม						
รวม						

(ลงชื่อ) AA BBB..... ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ

(.....นาย AA BBB.....)

หมายเหตุ : (๑)* ระบุหน่วย เช่น กรณียาน้ำให้ระบุเป็น “มิลลิลิตร” หรือ “ขวด” หรือ กรณียาเม็ดให้ระบุเป็น “เม็ด” หรือ “แคปซูล” หรือ กรณียาฉีดให้ระบุเป็น “มิลลิลิตร” หรือ “ampule” หรือ “vial” ฯลฯ

(๒) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

รายงานรับ จ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

ประจำเดือนมกราคม..... พ.ศ.2563.....

ใบอนุญาตเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ (ให้ขีดเลือกข้อความใน เพียงช่องเดียว) จำหน่าย มีไว้ในครอบครอง

ชื่อผู้รับอนุญาตนายบุญมี รักษาดี..... ใบอนุญาตเลขที่1..... / 2563....

สถานที่ชื่อโรงพยาบาลอโรคยาเวชกรรม.....

ตั้งอยู่เลขที่4/321..... หมู่ที่ 7..... ตรอก/ซอย-..... ถนนติวานนท์..... ตำบล/แขวงตลาดขวัญ.....

อำเภอ/เขตเมืองนนทบุรี... จังหวัดนนทบุรี...รหัสไปรษณีย์ ...11000... โทรศัพท์ ...02-123 xxxx...โทรสาร.....02-123 xxxx ... E-mail ...boonmee@hotmail.com..

ขอรายงานผลการดำเนินงานกิจการเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ดังนี้

วัน เดือน ปี	ชื่อและความแรงของยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒	เลขที่/รุ่นที่/ครั้งที่ผลิต	ชื่อผู้ผลิต/แหล่งผลิต	ได้มาจาก	จ่ายไปให้	จำนวน/ปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒				หน่วย *	หมายเหตุ
						ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ		
5 ม.ค. 60	Methadone HCl 5 mg	25/2560	องค์การเภสัชกรรม	อย	ผู้ป่วย 5 ราย	-	1000	150	850	เม็ด	-
15 ม.ค. 60	Methadone HCl 5 mg	25/2560	องค์การเภสัชกรรม	อย	ผู้ป่วย 3 ราย	850	-	90	760	เม็ด	-
รวม											

(ลงชื่อ)บุญมี รักษาดี..... ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ

(.....นายบุญมี รักษาดี.....)

หมายเหตุ : (๑) * ระบุหน่วย เช่น กรณียาน้ำให้ระบุเป็น “มิลลิลิตร” หรือ “ขวด” หรือ กรณียาเม็ดให้ระบุเป็น “เม็ด” หรือ “แคปซูล” หรือ กรณียาฉีดให้ระบุเป็น “มิลลิลิตร” หรือ “ampule”

หรือ “vial” ฯลฯ

(๒) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

รายงานรับ จ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒
ประจำปี พ.ศ.2563.....

ใบอนุญาตเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ (ให้ขีดเลือกข้อความใน เพียงช่องเดียว)

จำหน่าย มีไว้ในครอบครอง

ชื่อผู้รับอนุญาตนายบุญมี รักษาดี..... ใบอนุญาตเลขที่1..... / 2563....

สถานที่ชื่อโรงพยาบาลอโรคยาเวชกรรม.....

ตั้งอยู่เลขที่4/321..... หมู่ที่ 7..... ตรอก/ซอย-..... ถนนติวานนท์..... ตำบล/แขวงตลาดขวัญ.....

อำเภอ/เขตเมืองนนทบุรี... จังหวัดนนทบุรี...รหัสไปรษณีย์ ...11000... โทรศัพท์ ...02-123 xxxx...โทรสาร.....02-123 xxxx ... E-mail ...boonmee@hotmail.com..

ขอรายงานผลการดำเนินกิจการเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ดังนี้

เดือน	ชื่อและความแรงของ ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒	จำนวน/ปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ (หน่วย.....*)				หมายเหตุ
		ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ	
มกราคม	Methadone HCl 5 mg	-	1000	300	700	
กุมภาพันธ์	Methadone HCl 5 mg	700	-	200	500	
มีนาคม	Methadone HCl 5 mg	500	-	400	100	
เมษายน	Methadone HCl 5 mg	100	1000	200	900	
พฤษภาคม						
มิถุนายน						
กรกฎาคม						
สิงหาคม						
กันยายน						
ตุลาคม						
พฤศจิกายน						
ธันวาคม						
รวม						

(ลงชื่อ)บุญมี รักษาดี..... ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ

(.....นายบุญมี รักษาดี.....)

หมายเหตุ : (๑)* ระบุหน่วย เช่น กรณียาน้ำให้ระบุเป็น “มิลลิลิตร” หรือ “ขวด” หรือ กรณียาเม็ดให้ระบุเป็น “เม็ด” หรือ “แคปซูล” หรือ กรณียาฉีดให้ระบุเป็น “มิลลิลิตร” หรือ “ampule” หรือ “vial” ฯลฯ

(๒) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก