

ใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

วันที่3..... เดือนพฤษภาคม..... พ.ศ.2563.....

ข้าพเจ้า.....นายชัยชนะ รักษาดี.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ทันตกรรม/การสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง เลขที่.....๑๕๕๕๖.....

ปฏิบัติงาน ณ สถานพยาบาล ชื่อ.....โรงพยาบาลโพธาราม.....

ตั้งอยู่เลขที่-..... หมู่ที่-..... ตรอก/ซอย-..... ถนนริมขนานทางรถไฟ.....

ตำบล/แขวง-..... อำเภอ/เขตโพธาราม..... จังหวัดราชบุรี.....

รหัสไปรษณีย์ ...54000.....โทรศัพท์035-416 xxxx.....โทรสาร.....035-416 xxxx..... E-mail ...win@hotmail.com...

ขอสั่งจ่ายรายการยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ดังรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒			ขนาดการใช้	จำนวนที่สั่งจ่าย (ระบุหน่วยเป็น Amp, Vial, Tab, Cap, Patch ฯลฯ)
	ชื่อตัวยาสำคัญ	ชื่อการค้า	ความแรง		
๑	Methadone HCl	-	5 mg	bid	30 Tab
๒					
๓					
๔					
๕					

ให้แก่ (ชื่อผู้รับการรักษาหรือชื่อเจ้าของสัตว์ซึ่งรับการบำบัด).....นายสบาย เย็นรื่นรมย์.....

บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้ซึ่งมีรูปถ่ายและเลขประจำตัวประชาชน เลขที่ ..123456xxxxxx..

อยู่เลขที่222..... หมู่ที่2..... ตรอก/ซอย-..... ถนนริมขนานทางรถไฟ.....

ตำบล/แขวง-..... อำเภอ/เขตโพธาราม..... จังหวัดราชบุรี.....

รหัสไปรษณีย์ ...54000.....โทรศัพท์ ...035-416 xxxx.....โทรสาร.....035-416 xxxx..... E-mail ...sabai@hotmail.com...

(ลายมือชื่อ).....ชัยชนะ รักษาดี.....ผู้ออกใบสั่ง

- หมายเหตุ**
- ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก
 - ให้ผู้รับการรักษาหรือชื่อเจ้าของสัตว์ซึ่งรับการบำบัดส่งมอบเอกสารฉบับนี้ (ซึ่งเป็นเอกสารต้นฉบับ) ให้กับสถานพยาบาลที่จ่ายยา และให้สถานพยาบาลเก็บรักษาเอกสารฉบับนี้ไว้ เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการจ่ายยา
 - ให้สถานพยาบาลที่สั่งจ่ายยาเก็บสำเนาเอกสารฉบับนี้ไว้ เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการสั่งจ่ายยา

ผู้รับอนุญาตให้จำหน่ายจะจำหน่ายให้แก่บุคคลภายนอกที่ไม่ใช่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยซึ่งตนให้การรักษาได้ต่อเมื่อมีใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง แล้วแต่กรณี