

รายงานรับ จ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒
ประจำเดือน พ.ศ.

ใบอนุญาตเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ (ให้ขีดเลือกข้อความใน เพียงช่องเดียว)

จำหน่าย

มีไว้ในครอบครอง

ชื่อผู้รับอนุญาต ใบอนุญาตเลขที่ /

สถานที่ชื่อ

ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร..... E-mail

ขอรายงานผลการดำเนินกิจการเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ดังนี้

| วัน เดือน ปี | ชื่อและความแรงของยา เสพติดให้โทษ ในประเภท ๒ | เลขที่/ รุ่นที่/ครั้งที่ ผลิต | ชื่อผู้ผลิต/ แหล่งผลิต | ได้มาจาก | จ่ายไปให้ | จำนวน/ปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ | | | | หน่วย * | หมายเหตุ |
|--------------|---|-------------------------------------|---------------------------|----------|-----------|--------------------------------------|-----|------|---------|---------|----------|
| | | | | | | ยอดยกมา | รับ | จ่าย | คงเหลือ | | |
| | | | | | | | | | | | |
| รวม | | | | | | | | | | | |

(ลงชื่อ) ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ

(.....)

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

(๒) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก