แบบ ข.วจ 2-4

เลขที่รับ .....................

วันที่ ..........................

ผู้รับ ..........................

ID สถานประกอบการ .........................

ID ผู้ดำเนินกิจการ ..............................

# คำขอซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2

 วันที่ ............. เดือน .......................... พ.ศ. ..........

ข้าพเจ้า ................................................................................................. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ .........................................

บัตรประชาชน/บัตรข้าราชการเลขที่ ................................................... วันออกบัตร ......................................... บัตรหมดอายุ .............................................
ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ .......................ซอย ................................. ถนน .................................. แขวง ......................................... เขต .......................................

จังหวัด ............................................................เลขที่ใบอนุญาตขายซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ......................................................................................

สถานพยาบาลชื่อ ..................................................................... ตั้งอยู่เลขที่ ......................... ซอย ................................ ถนน .........................................

แขวง ................................... เขต ...................................... จังหวัด ................................. รหัสไปรษณีย์ .................... โทรศัพท์ .......................................

**ขอยื่นคำขอต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อขอซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ดังต่อไปนี้**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ชื่อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 | ชนิดและความแรง(……..mg/tab,cap…….mg/amp,vial) | ปริมาณที่ขอซื้อ (โปรดระบุหน่วย) | ปริมาณที่คงเหลือ (โปรดระบุหน่วย) | เฉลี่ยอัตราการใช้ต่อเดือน(3เดือนย้อนหลัง)เดือน .............-................ | ส่งรายงานล่าสุด เดือน |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |

 **ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบคำขอซื้อดังนี้**( )

|  |  |
| --- | --- |
| รัฐบาล | เอกชน |
| 1. หนังสือแจ้งความจำนงขอซื้อ ซึ่งลงลายมือชื่อผู้มีอำนาจของหน่วยงานราชการนั้น
 | 1. ใบอนุญาตขาย วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
 |
| 1. ใบอนุญาตขาย วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
 |  |

 **กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นมารับยา**

( ) 1. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ หรือ บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่พนักงานของรัฐ หรือ บัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

( ) 2. หนังสือมอบอำนาจ ( ) 2.1 หนังสือมอบอำนาจให้กระทำการครั้งเดียว ติดอากรแสตมป์ตามประมวลกฎหมายรัษฎากร

 ( ) 2.2 หนังสือมอบอำนาจให้กระทำการมากกว่าครั้งเดียว ติดอากรแสตมป์ตามประมวลกฎหมายรัษฎากร

 ( ) 2.3 สำเนาหนังสือมอบอำนาจให้กระทำการมากกว่าครั้งเดียว

 ( ) 2.4 หน่วยงานราชการให้ทำหนังสือมอบอำนาจจากส่วนราชการนั้น

 **โปรดระบุการรับวัตถุออกฤทธิ์ (กรณีไม่ระบุจะนำส่งยาทางไปรษณีย์)**

( ) ให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาส่งทางพัสดุไปรษณีย์ ( ) มารับเอง

( ) มอบอำนาจ โดยข้าพเจ้าขอรับรองว่า ............................................................................................. เป็นตัวแทนของข้าพเจ้า ในการรับวัตถุออกฤทธิ์ และข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการรับ-ส่งวัตถุออกฤทธิ์ให้ข้าพเจ้าทุกประการ

 ***ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่ระบุในคำขอซื้อนี้ และเอกสารประกอบคำขอซื้อ เป็นความจริงทุกประการ***

 ............................................................................. ลงนามผู้ขอซื้อ

 (............................................................................)

**หมายเหตุ** การแก้ไขข้อความในคำขอซื้อให้ผู้ขอซื้อขีดฆ่า เขียนใหม่ และลงลายมือชื่อและวันที่กำกับทุกครั้ง

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

ตรวจสอบรายงานล่าสุด ..................................

**สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้พิจารณาอนุมัติ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ชื่อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 | อนุมัติจำนวน | ลงชื่อผู้อนุมัติ ............................................................ วันที่ ............................................................ |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |
|  ลงชื่อผู้พิจารณาเสนอขออนุมัติ ............................................................ วันที่ ............................................................. |