

บัญชีผลิตและบัญชีรับ-จ่ายวัตถุดิบในประเภท ๒

สำหรับผู้รับอนุญาตผลิตซึ่งวัตถุดิบในประเภท ๒

ประจำเดือน..... พ.ศ. ....

กรณีเพื่อประโยชน์ของทางราชการ (โปรดระบุ).....  กรณีเป็นผู้ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข  กรณีเป็นการผลิตเพื่อส่งออกและส่งออก  
 ชื่อผู้รับอนุญาต .....ใบอนุญาตผลิตซึ่งวัตถุดิบในประเภท ๒ เลขที่.....สถานที่ชื่อ.....  
 ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทร.....  
 ชื่อวัตถุดิบ/วัตถุดิบรับ ความแรงต่อหน่วย และขนาดบรรจุ.....ชื่อการค้า (ถ้ามี) .....

วัน เดือน ปี	วัตถุดิบที่ใช้ในการผลิต							ผลิตภัณฑ์หรือวัตถุดิบที่ผลิตได้			เภสัชกร **	ผู้รับอนุญาต/ ผู้ดำเนินการ **	หมายเหตุ	
	วัตถุดิบในประเภท ๒ ที่ใช้ในการผลิต			วัตถุประสงค์ ของการจ่าย	ปริมาณของวัตถุดิบในประเภท ๒ (กรัม/กิโลกรัม)				เลขที่/ รุ่นที่/ครั้งที่ ผลิต	จำนวน/ปริมาณที่ผลิตได้ (หน่วย.....)*				
	ชื่อผู้ผลิต และแหล่งผลิต	เลขที่/ รุ่นที่/ครั้งที่ ผลิต	ได้มาจาก		ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ		ตามทฤษฎี				ผลิตได้จริง
รวม														

หมายเหตุ : (๑) \* ระบุหน่วย เช่น กรณียาน้ำให้ระบุเป็น “มิลลิลิตร” หรือ กรณียาเม็ดให้ระบุเป็น “เม็ด” หรือ “แคปซูล” หรือ กรณียาฉีดให้ระบุเป็น “ampule” หรือ “vial” ฯลฯ  
 (๒) \*\* โปรดลงชื่อ (กรณีเป็นผู้ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุขและกรณีเป็นการผลิตเพื่อส่งออกและส่งออกให้ลงชื่อทั้งเภสัชกรและผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ)  
 (๓) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก  
 (๔) ให้ขีดเลือกข้อความในช่อง  ให้ตรงตามที่ประสงค์ขออนุญาตเพียงช่องเดียว