**บัญชีผลิตและบัญชีรับ-จ่ายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒**

**สำหรับผู้รับอนุญาตผลิตซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒**

ประจำเดือน............................................... พ.ศ. ....

□ กรณีเพื่อประโยชน์ของทางราชการ (โปรดระบุ)..................................................... □ กรณีเป็นผู้ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข □ กรณีเป็นการผลิตเพื่อส่งออกและส่งออก

ชื่อผู้รับอนุญาต..........................................................................................ใบอนุญาตผลิตซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ เลขที่.........................สถานที่ชื่อ...............................................................

ตั้งอยู่เลขที่.............ตรอก/ซอย…....................ถนน.............................หมู่ที่.......ตำบล/แขวง..............................อำเภอ/เขต..................................จังหวัด..............................โทร............................

ชื่อวัตถุออกฤทธิ์/วัตถุตำรับ ความแรงต่อหน่วย และขนาดบรรจุ............................................................................................ชื่อการค้า (ถ้ามี) ................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **วัน เดือน ปี** | **วัตถุดิบที่ใช้ในการผลิต** | | | | | | | | **ผลิตภัณฑ์หรือวัตถุตำรับที่ผลิตได้** | | | **เภสัชกร\*\*** | **ผู้รับอนุญาต/ ผู้ดำเนินกิจการ\*** | **หมายเหตุ** |
| **วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ที่ใช้ในการผลิต** | | | **วัตถุประสงค์ของการจ่าย** | **ปริมาณของวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒(กรัม/กิโลกรัม)** | | | |
| **ชื่อผู้ผลิต และแหล่งผลิต** | **เลขที่/ รุ่นที่/ครั้งที่ผลิต** | **ได้มาจาก** | **ยอดยกมา** | **รับ** | **จ่าย** | **คงเหลือ** | **เลขที่/  รุ่นที่/ครั้งที่ผลิต** | **จำนวน/ปริมาณที่ผลิตได้ (หน่วย......................)\*** | |
|
| **ตามทฤษฎี** | **ผลิตได้จริง** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **รวม** | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |

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

(๒) \*\* โปรดลงชื่อ (กรณีเป็นผู้ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุขและกรณีเป็นการผลิตเพื่อส่งออกและส่งออกให้ลงชื่อทั้งเภสัชกรและผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินกิจการ)

(๓) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

(๔) ให้ขีดเลือกข้อความในช่อง  ให้ตรงตามที่ประสงค์ขออนุญาตเพียงช่องเดียว