**แบบ บ.ว.จ. ๒-ขร**

**บัญชีขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒**

**สำหรับผู้รับอนุญาตขายซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒**

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

**□ กรณีเพื่อประโยชน์ของทางราชการ (โปรดระบุ)..................................................................................................................... □ กรณีเป็นผู้ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข**

**ชื่อผู้รับอนุญาต..........................................................................................................ใบอนุญาตขายซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ เลขที่..............ส**ถ**านที่ชื่อ..................................................................**

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **วัน เดือน ปี** | **ชื่อผู้ผลิตและแหล่งผลิต** | **เลขที่/****รุ่นที่/ครั้งที่ผลิต** | **ขายให้แก่** | **จำนวน/ปริมาณวัตถุออกฤทธิ์****(หน่วย...............................)\*** | **เภสัชกร\*\*** |  **ผู้รับอนุญาต/ ผู้ดำเนินกิจการ\*\*** |  **หมายเหตุ** |
| **ชื่อ**  | **ที่อยู่** | **ยอดยกมา** | **รับ** | **จ่าย** | **คงเหลือ** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  **รวม** |  |  |  |  |  |

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

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

 (๓) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

 (๔) ให้ขีดเลือกข้อความในช่อง **□** ให้ตรงตามที่ประสงค์ขออนุญาตเพียงช่องเดียว