แบบ บ.ว.จ. ๒-ขร

บัญชีขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

สำหรับผู้รับอนุญาตขายซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

ประจำเดือน..... พ.ศ. ....

☐ กรณีเพื่อประโยชน์ของทางราชการ (โปรดระบุ)..... ☐ กรณีเป็นผู้ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อผู้รับอนุญาต.....ใบอนุญาตขายซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ เลขที่.....สถานที่ชื่อ.....

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

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

วัน เดือน ปี	ชื่อผู้ผลิต และแหล่งผลิต	เลขที่/ รุ่นที่/ครั้งที่ ผลิต	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