

**บัญชีนำเข้าวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท ๒**  
**สำหรับผู้รับอนุญาตนำเข้าซึ่งวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท ๒**  
**ประจำเดือน..... พ.ศ. ....**

กรณีเพื่อประโยชน์ของทางราชการ (โปรดระบุ).....  กรณีเป็นผู้ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อผู้รับอนุญาต.....ใบอนุญาตนำเข้าซึ่งวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท ๒ เลขที่.....สถานที่ชื่อ.....

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

ชื่อวัตถุดิบออกฤทธิ์/วัตถุดิบรับและความแรงต่อหน่วย.....ชื่อการค้า (ถ้ามี) .....

วัน เดือน ปี	ชื่อผู้ผลิต และแหล่งผลิต	เลขที่/ รุ่นที่/ครั้งที่ ผลิต	นำเข้าจาก		จำนวน/ปริมาณวัตถุดิบออกฤทธิ์ (หน่วย.....)*				เภสัชกร**	ผู้รับอนุญาต/ ผู้ดำเนินการ**	หมายเหตุ
			ชื่อ	ที่อยู่	ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ			
<b>รวม</b>											

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

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

(๓) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

(๔) ให้ขีดเลือกข้อความในช่อง  ให้ตรงตามที่ประสงค์ขออนุญาตเพียงช่องเดียว