

บัญชีชื่อวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔

ประจำเดือน..... พ.ศ.

ชื่อผู้รับอนุญาต.....ใบอนุญาตเกี่ยวกับวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ เลขที่.....

สถานที่ชื่อ.....ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทร.....

ชื่อวัตถุดิบ/วัตถุดิบรับและความแรงต่อหน่วย.....ชื่อการค้า (ถ้ามี)

วัน เดือน ปี	ชื่อผู้ผลิต และแหล่งผลิต	เลขที่/ รุ่นที่/ครั้งที่ ผลิต	ชื่อมาจาก		จำนวน/ปริมาณ วัตถุดิบ (หน่วย.....)*	เภสัชกร **	ผู้รับอนุญาต/ ผู้ดำเนินการ **	หมายเหตุ
			ชื่อ	ที่อยู่				
รวม								

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

(๒) ** โปรดลงชื่อ

(๓) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก