**แบบ บ.ว.จ. ๓/๔-ข**

**บัญชีขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔**

**สำหรับผู้รับอนุญาตขายซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔**

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

**ชื่อผู้รับอนุญาต ........................................................................................................................ใบอนุญาตขายซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ เลขที่.......................................สถานที่ชื่อ..................................................................................................................ตั้งอยู่เลขที่.............ตรอก/ซอย…............................................ถนน........................................................ หมู่ที่............ตำบล/แขวง..............................................................อำเภอ/เขต…….....................................................จังหวัด……………..........................................โทร....................................  
ชื่อวัตถุออกฤทธิ์/วัตถุตำรับ ความแรงต่อหน่วย และขนาดบรรจุ.................................................................................................ชื่อการค้า (ถ้ามี) ..............................................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **วัน เดือน ปี** | **ชื่อผู้ผลิตและแหล่งผลิต** | **ชื่อผู้แทนจำหน่าย** | **เลขที่/ รุ่นที่/ครั้งที่ผลิต** | **ประเภทสถานที่** | **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

(๓) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก