

บัญชีขายวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔
 สำหรับผู้รับอนุญาตขายซึ่งวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔
 ประจำเดือน..... พ.ศ.

ชื่อผู้รับอนุญาตใบอนุญาตขายซึ่งวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ เลขที่.....
 สถานที่ชื่อ.....ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
 หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทร.....
 ชื่อวัตถุดิบออกฤทธิ์/วัตถุดิบรับ ความแรงต่อหน่วย และขนาดบรรจุ.....ชื่อการค้า (ถ้ามี)

วัน เดือน ปี	ชื่อผู้ผลิตและ แหล่งผลิต	ชื่อผู้แทนจำหน่าย	เลขที่/ รุ่นที่/ครั้งที่ ผลิต	ประเภท สถานที่	ขายให้แก่		จำนวน/ปริมาณวัตถุดิบออกฤทธิ์ (หน่วย.....)*				เภสัชกร **	ผู้รับอนุญาต/ ผู้ดำเนินการ **	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

