

บัญชีขายวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔
สำหรับผู้รับอนุญาตขายซึ่งวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔
(ตามใบสั่งยาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือทันตกรรม หรือการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง)

ประจำเดือน..... พ.ศ.

ชื่อผู้รับอนุญาต.....ใบอนุญาตขายซึ่งวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ เลขที่.....สถานที่ชื่อ.....

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

ชื่อวัตถุดิบออกฤทธิ์/วัตถุตำรับและความแรงต่อหน่วย.....ชื่อการค้า (ถ้ามี)

ชื่อผู้ผลิตและแหล่งผลิต.....เลขที่/รุ่นที่/ครั้งที่ผลิต.....

วัน เดือน ปี	ชื่อและที่อยู่หรือที่ทำการของผู้ออกใบสั่งยา	ขายให้แก่			จำนวน/ปริมาณวัตถุดิบออกฤทธิ์ (หน่วย.....)*				เภสัชกร**	ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ**	หมายเหตุ
		ชื่อผู้รับยา	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน หนังสือเดินทาง/บัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้	อายุ (ปี)	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