

บัญชีส่งออกวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔
 สำหรับผู้รับอนุญาตส่งออกซึ่งวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔
 ประจำเดือน..... พ.ศ.

ชื่อผู้รับอนุญาต.....ใบอนุญาตส่งออกซึ่งวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ เลขที่.....สถานที่ชื่อ.....
 ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทร.....
 ชื่อวัตถุดิบ/วัตถุดิบรับและความแรงต่อหน่วย.....ชื่อการค้า (ถ้ามี)

วัน เดือน ปี	ชื่อผู้ผลิต/ แหล่งผลิต	เลขที่ รุ่นที่/ครั้งที่ ผลิต	ผู้รับ		จำนวน/ปริมาณวัตถุดิบที่ส่งออก (หน่วย.....)*				เภสัชกร**	ผู้รับอนุญาต/ ผู้ดำเนินกิจการ**	หมายเหตุ
			ชื่อสถานที่	ที่อยู่	ยอดยกมา	รับ	ส่งออก	คงเหลือ			
รวม											

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