แบบ บ.ว.จ.-คค ๑

บัญชีรับ – จ่ายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ ที่มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์

สำหรับผู้รับอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ เพื่อการบำบัดรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์

ชื่อผู้รับอนุญาต.....ใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ เลขที่.....

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

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

ชื่อวัตถุออกฤทธิ์/วัตถุตำรับและความแรงต่อหน่วย.....ชื่อการค้า (ถ้ามี) .....

ชื่อผู้ผลิตและแหล่งผลิต.....ชื่อเลขที่/รุ่นที่/ครั้งที่ผลิต.....

วัน เดือน ปี	จ่ายให้แก่			จำนวน/ปริมาณวัตถุออกฤทธิ์ (หน่วย.....)*				ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินกิจการ**	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