

**บัญชีรับ - จ่ายวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ประเภท ๓ หรือประเภท ๔ ที่มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์**

สำหรับผู้รับอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ประเภท ๓ หรือประเภท ๔

- กรณีมีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ประเภท ๓ หรือประเภท ๔ เพื่อการวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยหรือเพื่อประโยชน์อื่นทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์
- กรณีมีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท ๒ เพื่อการป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับวัตถุดิบออกฤทธิ์
- กรณีมีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ เพื่อประโยชน์ทางอุตสาหกรรม

ชื่อผู้รับอนุญาต.....ใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์วัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ประเภท ๓ หรือประเภท ๔ เลขที่.....

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

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

ชื่อวัตถุดิบ/วัตถุดิบรับ ความแรงต่อหน่วย และขนาดบรรจุ.....ชื่อการค้า (ถ้ามี) .....

วัน เดือน ปี	ชื่อผู้ผลิตและแหล่งผลิต	เลขที่รุ่นที่/ครั้งที่ผลิต	ได้มาจาก	จำนวน/ปริมาณวัตถุดิบออกฤทธิ์ (หน่วย.....)*				ผู้รับอนุญาต/ ผู้ดำเนินกิจการ**	หมายเหตุ
				ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ		
<b>รวม</b>									

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

(๒) \*\* โปรดลงชื่อ

(๓) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

(๔) ให้ขีดเลือกข้อความในช่อง  ให้ตรงตามที่ประสงค์ขออนุญาตเพียงช่องเดียว