

บัญชีรับ - จ่ายวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ประเภท ๓ หรือประเภท ๔ ที่มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์

สำหรับผู้รับอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ประเภท ๓ หรือประเภท ๔

เพื่อใช้ประจำในการปฐมพยาบาลหรือกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินในเรือหรือเครื่องบินที่ใช้ในการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศที่จดทะเบียนในราชอาณาจักร

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

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

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

วัน เดือน ปี	ชื่อวัตถุดิบออกฤทธิ์/ วัตถุดิบตำรับและ ความแรงต่อหน่วย	ชื่อผู้ผลิต และแหล่งผลิต	เลขที่ รุ่นที่/ ครั้งที่ผลิต	จ่ายให้แก่		จำนวน/ปริมาณวัตถุดิบออกฤทธิ์ (หน่วย.....)*				ผู้รับอนุญาต/ ผู้ดำเนินการ**	หมายเหตุ
				ชื่อผู้รับยา	เที่ยวบินที่ (Flight No.) /เที่ยวเรือที่ (Voyage)	ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ		

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

(๒) ** โปรดลงชื่อ

(๓) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก