**แบบ บ.ว.จ. ๒-ขพ**

**บัญชีขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒**

**สำหรับผู้รับอนุญาตขายซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ เพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์**

**ประจำเดือน............................................... พ.ศ. ....**

**ชื่อผู้รับอนุญาต..........................................................................................................ใบอนุญาตขายซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ เลขที่..............ส**ถ**านที่ชื่อ.................................................................**

**ตั้งอยู่เลขที่.............ตรอก/ซอย…............................................ถนน.............................หมู่ที่.......ตำบล/แขวง.....................................อำเภอ/เขต……...................จังหวัด…………….......**.**..โทร..................  
ชื่อวัตถุออกฤทธิ์/วัตถุตำรับและความแรงต่อหน่วย.........................................................................................................ชื่อการค้า (ถ้ามี) ..............................................................................................**

**ชื่อผู้ผลิตและแหล่งผลิต…………………………………………………………………………………………….............................................เลขที่/รุ่นที่/ครั้งที่ผลิต…………………………………………………………………………….**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **วัน เดือน ปี** | **ขายให้แก่** | | | **จำนวน/ปริมาณวัตถุออกฤทธิ์**  **(หน่วย...............................)\*** | | | | **ผู้รับอนุญาต/  ผู้ดำเนินกิจการ\*\*** | **หมายเหตุ** |
| **ชื่อผู้รับยา** | **เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน  /หนังสือเดินทาง/บัตรประจำตัวอื่น ที่ทางราชการออกให้** | **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