**แบบ บ.ว.จ. ๓/๔-ผ**

**บัญชีผลิตและบัญชีรับ-จ่ายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔**

**สำหรับผู้รับอนุญาตผลิตซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔**

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

**ชื่อผู้รับอนุญาต........................................................................................................................ใบอนุญาตผลิตซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ เลขที่.....................................สถานที่ชื่อ..................................................................................................................ตั้งอยู่เลขที่.............ตรอก/ซอย…............................................ถนน...................................................... หมู่ที่............ตำบล/แขวง..............................................................อำเภอ/เขต…….....................................................จังหวัด……………..........................................โทร...................................**

**ชื่อวัตถุออกฤทธิ์/วัตถุตำรับ ความแรงต่อหน่วย และขนาดบรรจุ.................................................................................................ชื่อการค้า (ถ้ามี) ............................................................**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **วัน เดือน ปี**  | **วัตถุดิบที่ใช้ในการผลิต** | **ผลิตภัณฑ์หรือวัตถุตำรับที่ผลิตได้** |  **เภสัชกร\*\*** |  **ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินกิจการ\*\*** |  **หมายเหตุ** |
| **วัตถุออกฤทธิ์ที่ใช้ในการผลิต** | **วัตถุประสงค์ของการจ่าย**  | **ปริมาณของวัตถุออกฤทธิ์****(กรัม/กิโลกรัม)** |
| **ชื่อผู้ผลิตและแหล่งผลิต** | **เลขที่/รุ่นที่/ครั้งที่ผลิต** |  **ได้มาจาก** | **ยอดยกมา** | **รับ** | **จ่าย** | **คงเหลือ** |  **เลขที่/ รุ่นที่/ครั้งที่ผลิต** | **จำนวน/ปริมาณที่ผลิตได้ (หน่วย......................)\*** |
| **ตามทฤษฎี** | **ผลิตได้จริง** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **รวม** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

 (๒) \*\* โปรดลงชื่อ

 (๓) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก