



บันทึกการตรวจสอบสถานที่ขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือ 4

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. เวลาตรวจ.....น.

พนักงานเจ้าหน้าที่ตามความในมาตรา 49 แห่งพระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518

ผู้มีรายชื่อต่อไปนี้

1. 2.
3. 4.

ได้มาตรวจสอบสถานที่ขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือ 4 ชื่อ.....

เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... แขวง.....

เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

สถานที่ใกล้เคียง..... เขตสถานีตำรวจ.....

ชื่อผู้ได้รับใบอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ประเภท 3 หรือ 4

ชื่อผู้ดำเนินกิจการ.....

ใบอนุญาตเลขที่..... ออกให้ ณ วันที่..... เดือน.....พ.ศ.

ชื่อเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ.....

ใบประกอบโรคศิลป์เลขที่.....ขณะที่ทำการตรวจ () อยู่ () ไม่อยู่

เวลาปฏิบัติการ.....

ปรากฏผลการตรวจและบันทึกไว้ดังนี้

1. บ้ายแสดงไว้ในที่เปิดเผยเห็นได้ง่ายจากภายนอก () มี () ไม่มี () บกพร่อง
อาคารว่าเป็น “สถานที่ขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือ 4 “
2. บ้ายชื่อเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ () มี () ไม่มี () บกพร่อง
3. ใบอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือ 4 () มี () ไม่มี () บกพร่อง
แสดงไว้โดยเปิดเผยและเห็นได้ง่าย
4. ใบประกอบโรคศิลป์ของเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ () มี () ไม่มี
5. ขายหรือเก็บวัตถุออกฤทธิ์เฉพาะสถานที่ที่ระบุไว้ () มี () ไม่มี
ในใบอนุญาต
6. บัญชีชื่อวัตถุออกฤทธิ์ (บ.จ. 4) () มี () ไม่มี () บกพร่อง
7. บัญชีขายวัตถุออกฤทธิ์ตามใบสั่งยา (บ.จ. 5) () มี () ไม่มี () บกพร่อง
8. รายงานประจำเดือน (บ.จ. 9) () มี () ไม่มี () บกพร่อง

ในการตรวจครั้งนี้ พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มาทำการตรวจมิได้บังคับขู่เข็ญหรือมำร้ายร่างกายหรือทำให้ทรัพย์สินของผู้รับอนุญาตสูญหายหรือเสียหายหรือยึดเอามาเป็นของส่วนตัวแต่อย่างใด อ่านให้ฟังแล้วขอรับรองว่าถูกต้อง จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้รับอนุญาตหรือผู้แทน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)