

**บัญชีขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเทศ ๒**  
**สำหรับผู้รับอนุญาตขายซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเทศไทย ๒ เพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์**  
**ประจำเดือน..... พ.ศ. ....**

ชื่อผู้รับอนุญาต..... ใบอนุญาตขายซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเทศไทย ๒ เลขที่..... สถานที่ชื่อ.....  
 ตั้งอยู่เลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทร.....  
 ชื่อวัตถุออกฤทธิ์/วัตถุต้มารับและความแรงต่อหน่วย..... 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		
<b>รวม</b>									

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

(๒) \*\* โปรดลงชื่อ

(๓) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

