



คู่มือการขออนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 สำหรับสถานพยาบาลของรัฐ

โปรดตรวจสอบรายละเอียดคู่มือฉบับล่าสุดได้ที่
<http://www.fda.moph.go.th/sites/Narcotics/Pages/Main.aspx>

จัดทำโดย

กองควบคุมวัตถุเสพติด



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
Food and Drug Administration

ประวัติการแก้ไขปรับปรุง

แก้ไขครั้งที่	เดือน/ปี	รายละเอียดการแก้ไข
0	ธันวาคม 2560	จัดทำคู่มือครั้งแรก







สารบัญ

	หน้า
ขอบเขตคู่มือ	1
กฎหมายที่เกี่ยวข้อง	1
ภาพรวมการออกใบอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 (กรณีรายใหม่)	2
แบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง	3
ค่าธรรมเนียมใบอนุญาต	3
เอกสารหลักฐานประกอบการขอใบอนุญาต	4
หน้าที่ของผู้รับอนุญาต	5
ภาคผนวก	
ใบตรวจรับเอกสารประกอบคำขอรับใบอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 สำหรับสถานพยาบาลของรัฐ	ผ1
หนังสือมอบอำนาจให้ผู้อื่นมายื่นและรับเอกสารเกี่ยวกับใบอนุญาตฯ วัตถุเสพติด	ผ2
ตัวอย่างการกรอกคำขอรับใบอนุญาตและการออกใบอนุญาตกรณีสถานพยาบาลของรัฐ	ผ3-ผ7
ตัวอย่างการทำรายงาน	ผ8-ผ9

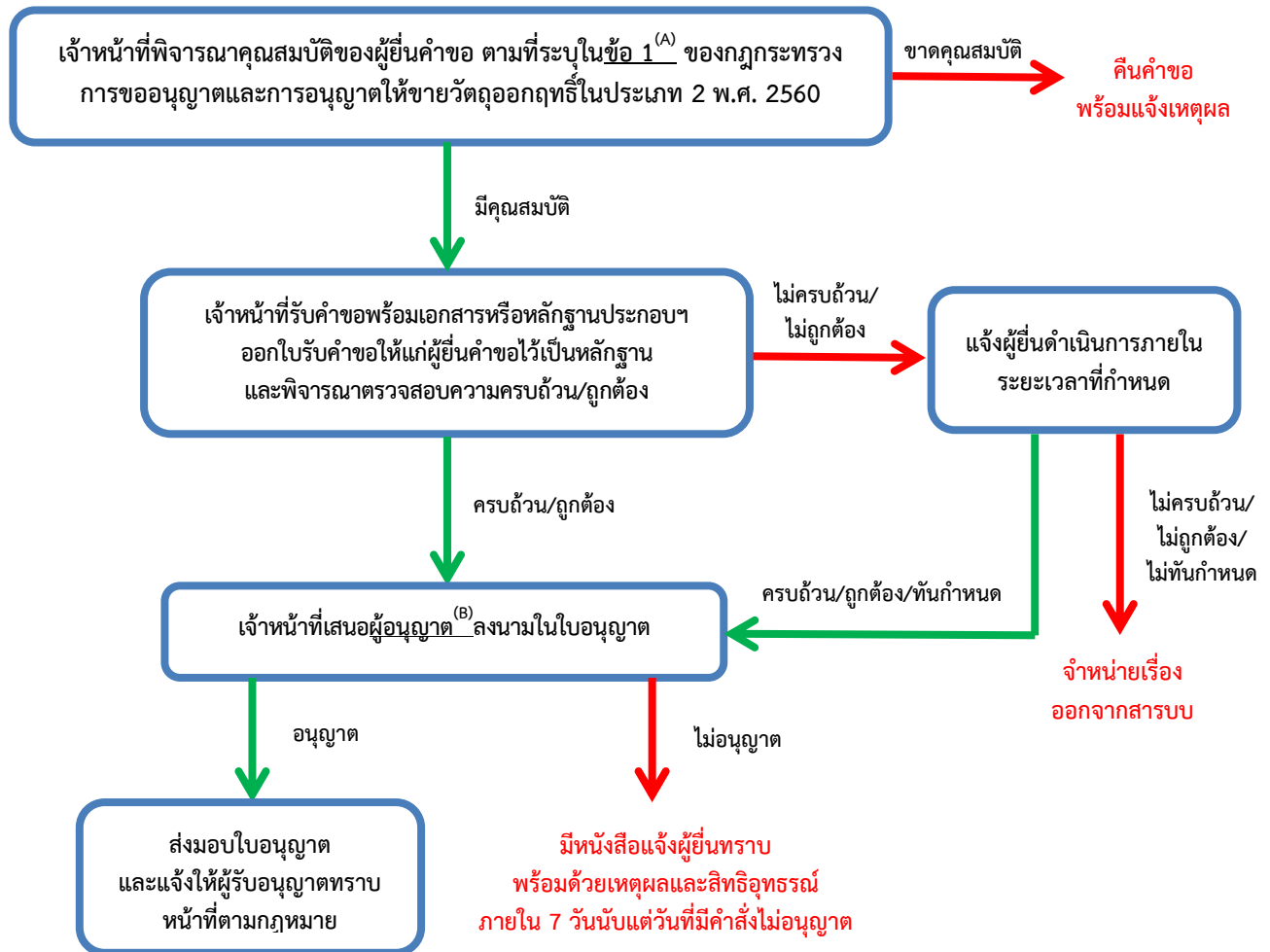
ขอบเขตคู่มือ

ครอบคลุมขั้นตอนรับคำขอและการออกใบอนุญาตขายวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท 2 กรณีสถานพยาบาลของรัฐ (รายใหม่) ในเขตกรุงเทพมหานคร

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ลำดับ	ชื่อกฎหมาย	QR Code
1)	พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559	
2)	กฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตให้ขายวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท 2 พ.ศ. 2560	
3)	ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง กำหนดแบบคำขอรับใบอนุญาต คำขอต่ออายุใบอนุญาต คำขอรับใบแทนใบอนุญาตและใบอนุญาตขายวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท 2	
4)	ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง กำหนดเอกสารหรือหลักฐานอื่นประกอบการยื่นคำขออนุญาตขายวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท 2	
5)	ประกาศคณะกรรมการวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทเรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการทำบัญชีและควบคุมการทำบัญชีเกี่ยวกับการผลิต การขาย การนำเข้า และการส่งออกซึ่งวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท 2	
6)	ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง กำหนดแบบและระยะเวลาสำหรับการรายงานผลการดำเนินกิจการเกี่ยวกับการผลิต การขาย การนำเข้า การส่งออก การนำเข้าผ่าน หรือการมีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุดิบออกฤทธิ์	
7)	(ร่าง) กฎกระทรวงกำหนดค่าธรรมเนียมและยกเว้นค่าธรรมเนียมเกี่ยวกับวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. ** ขณะนี้ยังดำเนินการไม่แล้วเสร็จ **	-

ภาพรวมการขออนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 (กรณีรายใหม่)



หมายเหตุ

- A. ผู้อนุญาตจะพิจารณาอนุญาตให้ขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ได้ เมื่อปรากฏว่าผู้ขออนุญาตเป็น
- ★ (1) หน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่บำบัดรักษาหรือป้องกันโรค และสภากาชาดไทย
 - (2) หน่วยงานของรัฐที่ได้รับใบอนุญาตให้ผลิตหรือนำเข้าซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ตามมาตรา 15 (1) ...
 - (3) ผู้รับอนุญาตผลิตหรือนำเข้าซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ที่เป็นผู้ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข โดยความเห็นชอบของ คณะกรรมการตามมาตรา 15 (2)
 - (4) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมหรือผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง ซึ่งเป็นผู้ดำเนินการ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์ แล้วแต่กรณี และ
 - (ก) มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย
 - (ข) ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุกสำหรับความผิดตามกฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท กฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ กฎหมายว่าด้วยการป้องกันการใช้สารระเหย กฎหมายว่าด้วยมาตรการในการปราบปราม ผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดและกฎหมายว่าด้วยยา
 - (ค) ไม่อยู่ระหว่างถูกสั่งพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม ใบอนุญาต ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง ใบอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษหรือใบอนุญาตตามพระราชบัญญัตินี้
 - (ง) ไม่เป็นบุคคลวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ
 - (จ) ไม่เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ
- B. ผู้อนุญาตหมายความว่าเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา หรือผู้ซึ่งได้รับมอบหมายจากเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา (มาตรา 4 พรบ.วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559)

แบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม	QR Code
1)	แบบคำขอรับใบอนุญาต (แบบ ข.ว.จ.2-1)	
2)	แบบใบอนุญาต (แบบ ข.ว.จ.2-2)	
3)	แบบบัญชีขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 เพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์ (แบบ บ.ว.จ. 2 - ขพ)	
4)	แบบรายงานผลการดำเนินงานกิจการเกี่ยวกับการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ประจำเดือน (แบบ ร.ขจ. 2/เดือน)	
5)	แบบรายงานผลการดำเนินงานกิจการเกี่ยวกับการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ประจำปี (แบบ ร.ขจ. 2/ปี)	

ค่าธรรมเนียมใบอนุญาต

สถานพยาบาลของรัฐได้รับการยกเว้น ไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมใบอนุญาต

เอกสารหลักฐานประกอบการขอใบอนุญาต

เอกสาร/สิ่งที่ต้องจัดเตรียม	ช่องทางการยื่นคำขอ			
	ติดต่อด้วยตนเอง	มอบอำนาจให้ผู้อื่นยื่นเอกสารแทน	ยื่นผ่านระบบ E-Submission	ส่งทางไปรษณีย์
1. กรอกหนังสือแจ้งความประสงค์ขอใช้งานระบบ E-Submission <i>มีแบบฟอร์มในคู่มือการใช้งาน (User Manual) *</i>	X	X	✓	X
2. กรอกแบบตรวจรับเอกสารประกอบคำขอฯ <i>มีแบบฟอร์มในภาคผนวก</i>	✓	✓	X	✓
3. กรอกคำขอฯ (แบบ ข.ว.จ.2-1) <i>มีตัวอย่างการกรอกในภาคผนวก</i>	✓	✓	✓ แนบไฟล์	✓
4. แนบสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต	✓	✓	✓ แนบไฟล์	✓
5. แนบสำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ขาย	✓	✓	✓ แนบไฟล์	✓
6. แนบบรูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม ของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือนก่อนวันยื่นคำขอ	✓	✓	✓ แนบไฟล์	✓
7. แนบสำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน (เช่น คำสั่งแต่งตั้งให้เป็นผู้อำนวยความสะดวกฯ)	✓	✓	✓ แนบไฟล์	✓
8. แนบหนังสือมอบอำนาจให้ผู้อื่นมายื่นและรับเอกสารเกี่ยวกับใบอนุญาตฯ วัตถุประสงค์ <i>มีแบบฟอร์มในภาคผนวก</i>	X	✓	X	X
สถานที่รับคำขอฯ	กองควบคุมวัตถุเสพติด ชั้น 5 อาคารเงินทุนหมุนเวียน ยาเสพติด สำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข อ.เมือง จ.นนทบุรี ในวันราชการ เวลา 7.30 – 17.30 น.		URL: privus.fda. moph.go.th <i>มีคู่มือการใช้งาน (User Manual) *</i>	ส่งไปรษณีย์ ลงทะเบียน ไปยัง กองควบคุม วัตถุเสพติด อย. กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ. นนทบุรี 11000

หมายเหตุ เอกสารคู่มือการใช้งาน (User Manual) ระบบ E-Submission



หน้าที่ของผู้รับอนุญาต

1. ขายวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท 2 ได้เฉพาะสถานที่ที่ระบุไว้ในใบอนุญาต และขายตามเงื่อนไขดังนี้
 - (1) ขายเฉพาะสำหรับคนไข้ที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ให้การรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือสถานพยาบาลของรัฐ หรือขายเฉพาะสำหรับใช้กับสัตว์ที่ผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่งทำการบำบัดหรือป้องกันโรค ณ สถานพยาบาลสัตว์ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์แล้วแต่กรณี และ
 - (2) วัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท 2 ที่ขายต้องเป็นวัตถุดิบออกฤทธิ์ที่ อย. อนุญาตให้ผลิตหรือนำเข้า
2. ดูแลให้มีฉลากและเอกสารกำกับวัตถุดิบออกฤทธิ์ซึ่งมีข้อมูลครบถ้วนตามที่ผู้รับอนุญาตผลิตหรือนำเข้าจัดไว้
3. แยกเก็บวัตถุดิบออกฤทธิ์เป็นส่วนสกัดจากยาหรือวัตถุดิบ
4. ทำบัญชีเกี่ยวกับการขายวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท 2 ตามแบบ บ.ว.จ.-ขพ แยกตามชื่อวัตถุดิบออกฤทธิ์ หรือวัตถุดิบรับ โดยแสดงชื่อวัตถุดิบออกฤทธิ์หรือวัตถุดิบรับและความแรงต่อหน่วย เลขที่หรือรุ่นที่หรือครั้งที่ผลิต ชื่อผู้ผลิตและแหล่งผลิต วันเดือนปีและจำนวนหรือปริมาณของวัตถุดิบออกฤทธิ์ที่ขาย รวมทั้งชื่อ อายุและเลขที่บัตรประจำตัวประชาชนหรือหนังสือเดินทางหรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้ของผู้รับยา ทุกครั้งที่ขาย และลงลายมือชื่อรับรองไว้ในบัญชี ต้องเก็บรักษาไว้และพร้อมที่จะแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ได้ทุกเวลาในขณะเปิดดำเนินการ ทั้งนี้ อย่างน้อยภายใน 2 ปี นับแต่วันลงรายการครั้งสุดท้ายในบัญชี
5. ทำรายงานเกี่ยวกับการดำเนินการตามที่ได้รับอนุญาตเป็นรายเดือนตาม แบบ ร.ขจ. 2/เดือน และเป็นรายปีตามแบบ ร.ขจ. 2/ปี และส่งมายังกองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ภายในระยะเวลาหนึ่งเดือนนับแต่วันสิ้นเดือนหรือสิ้นปี แล้วแต่กรณี
6. จัดให้มีการป้องกันตามสมควรเพื่อมิให้วัตถุดิบออกฤทธิ์สูญหายหรือมีการนำไปใช้โดยมิชอบ
7. ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตเดิมสิ้นอายุ
8. กรณีที่ใบอนุญาตสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญ ให้ยื่นคำขอรับใบแทนใบอนุญาตภายใน 15 วันนับแต่วันที่ ได้ทราบถึงการสูญหายหรือถูกทำลาย
9. กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลตามรายการในใบอนุญาต ให้ยื่นคำขอต่อผู้อนุญาตเพื่อแก้ไขรายการในใบอนุญาตดังกล่าวภายใน 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลนั้น
10. แสดงใบอนุญาตไว้โดยเปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ สถานที่ที่ระบุไว้ในใบอนุญาต



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
Food and Drug Administration

ใบตรวจรับเอกสารประกอบคำขอใบอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
สำหรับสถานพยาบาลของรัฐ

ชื่อสถานประกอบการ.....ชื่อผู้ขอรับใบอนุญาต.....

สำหรับ ผู้ประกอบการ	การตรวจรับเอกสาร	สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ		
		มี		ไม่มี
		ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
<input type="checkbox"/>	1) แบบคำขออนุญาตรับใบอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 (แบบ ข.ว.จ. 2-1)			
<input type="checkbox"/>	2) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต			
<input type="checkbox"/>	3) สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ขาย			
<input type="checkbox"/>	4) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม ของ ผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้ง ให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน ก่อนวันยื่นคำขอ			
<input type="checkbox"/>	5) สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน (เช่น คำสั่งแต่งตั้งให้เป็นผู้อำนวยความสะดวก)			
	6) เอกสารเพิ่มเติมกรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นมายื่นเอกสาร			
<input type="checkbox"/>	หนังสือมอบอำนาจให้ผู้อื่นมายื่นเอกสารเกี่ยวกับใบอนุญาตฯ วัตถุประสงค์ หรือแบบมอบอำนาจให้ผู้อื่นมายื่นเอกสารเกี่ยวกับใบอนุญาตฯ วัตถุประสงค์			

ข้าพเจ้าขอให้สัญญาว่า

- 1) จะปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขต่าง ๆ ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด
- 2) ยินยอมให้หน่วยรับรองระบบงานหรือองค์กร ที่เกี่ยวข้องกับการรับรองดำเนินการสังเกตการณ์การตรวจประเมินของคณะผู้ตรวจประเมินของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ณ สถานประกอบการของข้าพเจ้าตามที่ได้รับการร้องขอ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลต่าง ๆ ที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ และได้รับเอกสารหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการรับรองไว้เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้ขอรับใบอนุญาต / ผู้รับมอบอำนาจให้ยื่นเอกสาร
(.....)

ผลการตรวจรับ

ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
<input type="checkbox"/> เอกสารครบถ้วน/ถูกต้อง รับคำขอและเอกสารไว้เพื่อดำเนินการต่อไป <input type="checkbox"/> เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก <input type="checkbox"/> ให้ยื่นเอกสารหลักฐานเพิ่มเติมภายในระยะเวลา 5 วันทำการ นับจากวันที่ได้รับเรื่อง หากพ้นกำหนดจะสงวนสิทธิ์ในการคืนคำขอ <input type="checkbox"/> คืนเอกสารคำขอ แล้วให้นำมายื่นใหม่ภายหลัง พร้อมแก้ไขให้ถูกต้อง ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ ลงชื่อ..... รับทราบผลการตรวจเอกสาร วันที่...../...../..... (กรณีไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง) ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ..... วันที่...../...../.....	<input type="checkbox"/> เอกสารครบถ้วน <input type="checkbox"/> เอกสารไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง คืนเอกสารคำขอ ผู้ตรวจเอกสาร ลงชื่อ..... วันที่...../...../.....

หนังสือมอบอำนาจ ให้ผู้ยื่นมายื่นและรับเอกสารเกี่ยวกับ ใบอนุญาต ฯ วัตถุประสงค์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เป็นผู้ดำเนินการ
ในสถานที่ประกอบการชื่อ.....ตั้งอยู่เลขที่.....
ซอย/ตรอก.....ถนน.....หมู่ที่.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....อายุ.....ปี
อยู่เลขที่.....ซอย/ตรอก.....หมู่ที่.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....บัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการ
เลขที่.....

เป็นผู้ดำเนินการแทนเกี่ยวกับการ ขอรับใบอนุญาต.....

แก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต.....

ต่ออายุใบอนุญาต.....

อื่น ๆ (ระบุ).....

โดยเป็นผู้ยื่น / รับเอกสาร ตลอดถึงการแก้ไขเอกสาร ที่กองควบคุมวัตถุประสงค์ สำนักงานคณะกรรมการ
อาหารและยา แทนข้าพเจ้า ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

1. สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ ของข้าพเจ้าที่รับรองเอกสารแล้ว

2. สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ ของผู้รับมอบอำนาจที่รับรองเอกสารแล้ว

การใดที่ นาย / นาง / นางสาว.....ได้กระทำไปให้ถือเสมือน

เป็นการกระทำของข้าพเจ้า และข้าพเจ้าขอรับผิดชอบทุกประการ

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

ติดอากร 30.- บาท
ประทับตราบริษัทฯ (ถ้ามี)

กรุณากรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน : ถ้าส่งเอกสารทางไปรษณีย์ไม่ต้องใช้หนังสือมอบอำนาจ

แบบ ข.ว.จ.2-1

เลขรับที่
วันที่
(สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

ที่ปิดรูปถ่ายของ
ผู้ขอรับใบอนุญาต
หรือผู้ดำเนินการ
ขนาด 1 นิ้ว

คำขอรับใบอนุญาตคำขอต่ออายุใบอนุญาต คำขอรับใบแทนใบอนุญาต
ขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2

- ขอรับใบอนุญาต(กรณีรายใหม่)
 ขอต่ออายุใบอนุญาตเลขที่..... ประจำปี พ.ศ.
 ขอรับใบแทนใบอนุญาต เนื่องจากใบอนุญาต สูญหาย ถูกทำลายบางส่วนหรือลบเลือนในสาระสำคัญ

เขียนที่โรงพยาบาลหนึ่งสองสาม.....
วันที่28..... เดือนธันวาคม..... พ.ศ. ...2560...

1. วัตถุประสงค์ในการขอรับใบอนุญาต

- เพื่อบำบัดรักษาหรือป้องกันโรค
 เพื่อประโยชน์ของทางราชการอย่างใดอย่างหนึ่ง (สำหรับหน่วยงานของรัฐ) ดังต่อไปนี้
 ○ การบริหารวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ที่ใช้ในทางการแพทย์ของประเทศ
 - ได้รับอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ใบอนุญาตเลขที่.....
 - เอกสารแสดงความเป็นคู่สัญญา กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเพื่อการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 สัญญาเลขที่.....วันที่.....วันสิ้นสุดสัญญา.....
 ○ การวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์
 - ได้รับอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ใบอนุญาตเลขที่.....
 ○ การป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์
 - ได้รับอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ใบอนุญาตเลขที่.....
 เพื่อขาย ตามที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทให้เป็นผู้ผลิตหรือนำเข้าซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
 - ได้รับอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ใบอนุญาตเลขที่.....
 - เอกสารแสดงการมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข เลขที่หนังสือ.....

2. ข้อมูลผู้ขอรับใบอนุญาต

ข้าพเจ้า (ชื่อบุคคล/นิติบุคคล)กรมสุขภาพจิต.....

(กรณีเป็นสถานพยาบาลเอกชน : ให้ระบุชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์ และหากเป็นสถานพยาบาลของนิติบุคคลให้ระบุข้อความเพิ่มว่า เพื่อการดำเนินการของนิติบุคคลนั้น ดังนี้ “นาย ก. เพื่อการดำเนินการของบริษัท โรงพยาบาลจำกัด”)

บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่
หรือทะเบียนนิติบุคคล / บัตรประจำตัวผู้เสียภาษี เลขที่.....099400033333.....
อยู่เลขที่ ...88/20..... หมู่ที่.....4.....ตรอก/ซอย ถนนติวานนท์.....
ตำบล/แขวงตลาดขวัญ..... อำเภอ/เขตเมืองนนทบุรี..... จังหวัดนนทบุรี.....
รหัสไปรษณีย์11000..... โทรศัพท์ โทรสาร E-mail

3. ข้อมูลผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการหรือดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต

ชื่อนายสติ ปัญญาดี.....
บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่123333333333..... อายุ35.....ปี สัญชาติไทย.....
อยู่เลขที่ ...10..... หมู่ที่.....4.....ตรอก/ซอย ถนนติวานนท์.....
ตำบล/แขวงตลาดขวัญ..... อำเภอ/เขตเมืองนนทบุรี..... จังหวัดนนทบุรี.....
รหัสไปรษณีย์11000..... โทรศัพท์02-6666666..... โทรสาร..... E-mailkk@hotmail.com.....

4. ข้อมูลสถานที่ขาย

ณ สถานที่ชื่อ.....โรงพยาบาลหนึ่งสองสาม.....
 อยู่เลขที่ ...4..... หมู่ที่.....14.....ตรอก/ซอย ถนนรามคำแหง.....
 ตำบล/แขวงหัวหมาก..... อำเภอ/เขตบางกะปิ.....จังหวัดกรุงเทพฯ.....
 รหัสไปรษณีย์10240..... โทรศัพท์02-6121212..... โทรสาร.....02-6121213.....

5.พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหรือหลักฐานต่างๆมาด้วย คือ

5.1 กรณีขอรับใบอนุญาต (กรณีรายใหม่)

- (1) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับใบอนุญาต หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต
- (2) สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่ขาย
- (3) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม ของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือนก่อนวันยื่นคำขอ
- (4) เอกสารหรือหลักฐานเพิ่มเติมดังนี้

(4.1) เพื่อการนำบัตรรักษาหรือป้องกันโรค

➤ กรณีสถานพยาบาลของรัฐ

- สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน

➤ กรณีสถานพยาบาลเอกชน

- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรมหรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่งของผู้ขอรับใบอนุญาต
- สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ. 7) หรือสำเนาใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลสัตว์ (สส.3)
- สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ. 19) หรือสำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลสัตว์ (สส.4)
- สำเนาหนังสือรับรองแสดงการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคลซึ่งนายทะเบียนของกระทรวงพาณิชย์ออกไว้ไม่เกิน 6 เดือนกรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่เป็นของนิติบุคคล (ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์)
- หนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการของนิติบุคคล กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่เป็นของนิติบุคคล (ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์)
- แผนที่แสดงที่ตั้งและแผนผังแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ของสถานพยาบาล
- รูปถ่ายสถานพยาบาลจำนวน 2 รูป(รูปที่ 1 แสดงลักษณะอาคาร รูปที่ 2 แสดงป้ายและเลขที่ของสถานที่ตั้ง)

(4.2) เพื่อการบริหารวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ที่ใช้ในทางการแพทย์ของประเทศ (สำหรับหน่วยงานของรัฐ)

- สำเนาใบอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
- เอกสารแสดงความเป็นคู่สัญญากับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเพื่อการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
- สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน
- หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาต
- แผนที่แสดงที่ตั้งและแผนผังแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ของสถานประกอบการ
- รูปถ่ายแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ของสถานประกอบการ จำนวน 1 รูป

(4.3) เพื่อการวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์(สำหรับหน่วยงานของรัฐ)

- สำเนาใบอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
- สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน
- หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาต

(4.4) เพื่อการป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์(สำหรับหน่วยงานของรัฐ)

- สำเนาใบอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
- สำเนาหนังสือแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการของหน่วยงาน
- หนังสือมอบอำนาจให้เป็นผู้ดำเนินการในใบอนุญาต

(4.5) เพื่อขาย ตามที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ให้เป็นผู้ผลิตหรือนำเข้าซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2

- สำเนาใบอนุญาตผลิตหรือนำเข้าวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2
- เอกสารแสดงการมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข
- สำเนาหนังสือรับรองแสดงการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคลซึ่งนายทะเบียนของกระทรวงพาณิชย์ออกไว้ไม่เกิน 6 เดือนกรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นนิติบุคคล
- หนังสือแสดงว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินกิจการของนิติบุคคลผู้ขอรับใบอนุญาต กรณีผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นนิติบุคคล
- แผนที่แสดงที่ตั้งและแผนผังแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ของสถานประกอบการ
- รูปถ่ายแสดงที่เก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ของสถานประกอบการ จำนวน 1 รูป

5.2กรณีขอต่ออายุใบอนุญาต

- (1) ใบอนุญาตฉบับเดิม
- (2) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม ของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือนก่อนวันยื่นคำขอ

5.3กรณีขอรับใบแทนใบอนุญาต

- (1) ใบแจ้งความ กรณีใบอนุญาตสูญหาย
- (2) ใบอนุญาต กรณีใบอนุญาตดังกล่าวถูกทำลายบางส่วนหรือลบลบเลื่อนในสาระสำคัญ
- (3) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม ของผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาต ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือนก่อนวันยื่นคำขอ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความและเอกสารหรือหลักฐานทั้งหมดที่ยื่นเพื่อประกอบคำขอรับใบอนุญาตเป็นความจริงทุกประการ

(ลายมือชื่อ)**สติ ปัญญาดี**..... ผู้ขอรับใบอนุญาต/ผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการหรือดำเนินกิจการ
(.....**นายสติ ปัญญาดี**.....)

หมายเหตุ: (1) ให้ขีดเลือกข้อความในช่อง / ให้ตรงตามที่ประสงค์จะดำเนินการ
(2) รับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ



แบบ ข.ว.จ.2-2

ใบอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

ที่ปิดรูปถ่าย
ของผู้รับอนุญาต
หรือ
ผู้ดำเนินการ
ขนาด 1 นิ้ว

ใบอนุญาตเลขที่ ...1/2561.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

.....กรมสุขภาพจิต.....

โดยมี.....นายสติ ปัญญาดี.....

เป็นผู้ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ดำเนินการหรือดำเนินการเกี่ยวกับใบอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2

เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2

ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อ.....บำบัดรักษาหรือป้องกันโรค.....

ณ สถานที่ชื่อ.....โรงพยาบาลหนึ่งสองสาม.....

ตั้งอยู่เลขที่4..... หมู่ที่.....14..... ตรอก/ซอย.....

ถนนรามคำแหง..... ตำบล/แขวงหัวหมาก.....

อำเภอ/เขตบางกะปิ..... จังหวัดกรุงเทพฯ..... รหัสไปรษณีย์10240.....

โทรศัพท์02-6121212..... โทรสาร02-6121213.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2561.....และใช้ได้เฉพาะสถานที่ซึ่งระบุไว้ในใบอนุญาต
เท่านั้น

ให้ไว้ ณ วันที่ ...1..... เดือนมกราคม..... พ.ศ.2561.....

.....
ตำแหน่ง

ผู้อนุญาต

คำเตือน:

- ผู้รับอนุญาตที่ประสงค์จะขอต่ออายุใบอนุญาต ต้องยื่นคำขอก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ หากดำเนินการขายภายหลังใบอนุญาตสิ้นอายุโดยมิได้ยื่นคำขอต่ออายุฯ ต้องระวางโทษปรับวันละ 500 บาท นับแต่วันถัดจากวันที่ใบอนุญาตสิ้นอายุจนถึงวันที่ยื่นคำขอผ่อนผันต่ออายุใบอนุญาต
- หากใบอนุญาตสิ้นอายุไม่เกิน 30 วัน จะยื่นคำขอผ่อนผันพร้อมแสดงเหตุผลการขอผ่อนผันการต่ออายุใบอนุญาตก็ได้ แต่การยื่นขอผ่อนผันนี้ไม่เป็นเหตุให้พ้นความรับผิดชอบสำหรับการประกอบกิจการในระหว่างใบอนุญาตสิ้นอายุ ซึ่งได้กระทำไปก่อนขอต่ออายุใบอนุญาต
- ผู้รับอนุญาตมีหน้าที่
 - จัดทำบัญชีการขายตามแบบที่คณะกรรมการวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทกำหนดหากไม่ปฏิบัติตามต้องระวางโทษ ปรับตั้งแต่ 20,000- 100,000 บาท
 - จัดทำรายงานการขายตามแบบที่เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยากำหนด หากไม่ปฏิบัติตามต้องระวางโทษ ปรับตั้งแต่ 10,000- 20,000 บาท
- กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงแก้ไขข้อมูลตามรายการในใบอนุญาตตามมาตรา 43 แห่งพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559 ให้ยื่นคำขอแก้ไขรายการในใบอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ภายใน 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล หากไม่ปฏิบัติตามต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 1,000บาท
- ผู้รับอนุญาตที่เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่บำบัดรักษาหรือป้องกันโรค สภากาชาดไทย และผู้ประกอบการวิชาชีพฯ ขายได้เฉพาะคนไข้หรือสัตว์ที่ตนให้การรักษานั้น และขายเฉพาะวัตถุออกฤทธิ์ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอนุญาตให้ผลิตหรือนำเข้า
- เงื่อนไขเพิ่มเติม ดังนี้

รายการต่ออายุใบอนุญาต

การต่ออายุใบอนุญาต ครั้งที่ 1

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง
วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

ผู้อนุญาต

...../...../.....

การต่ออายุใบอนุญาต ครั้งที่ 2

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง
วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

ผู้อนุญาต

...../...../.....

การต่ออายุใบอนุญาต ครั้งที่ 3

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง
วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

ผู้อนุญาต

...../...../.....

การต่ออายุใบอนุญาต ครั้งที่ 4

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง
วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

ผู้อนุญาต

...../...../.....

การต่ออายุใบอนุญาต ครั้งที่ 5

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง
วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

ผู้อนุญาต

...../...../.....

การต่ออายุใบอนุญาต ครั้งที่ 6

ให้ต่ออายุใบอนุญาตฉบับนี้จนถึง
วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

ผู้อนุญาต

...../...../.....

แบบ ร.ขจ. ๒/ เดือน

รายงานผลการดำเนินงานกิจกรรมเกี่ยวกับการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

ประจำเดือนมกราคม..... พ.ศ.๒๕๖๑.....

ชื่อผู้รับอนุญาตนายแพทย์สมประสงค์ ใจดี.....ใบอนุญาตที่๑๑..... /๒๕๖๑.....

สถานที่ชื่อโรงพยาบาลสมประสงค์เวชกรรม.....

ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ถนนพระราม ๕..... ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขตเมืองนนทบุรี..... จังหวัดนนทบุรี..... โทรศัพท์ โทรสาร

ขอรายงานผลการดำเนินงานกิจกรรมเกี่ยวกับการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ดังนี้

วัน เดือน ปี	ชื่อและความแรงของวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒	เลขที่/รุ่นที่/ครั้งที่ผลิต	ชื่อผู้ผลิต/แหล่งผลิต	ได้มาจาก	จ่ายไปให้	จำนวน/ปริมาณวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒				หน่วย*	หมายเหตุ
						ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ		
๓ ม.ค. ๖๑	Methylphenidate ๑๘ mg	๑/๖๐	บ. ยาดีจำกัด ประเทศ เปอร์โตริโก	อย.	ผู้ป่วย ๓ คน	-	๑๐๐,๐๐๐	๒๐๐	๙๙,๘๐๐	เม็ด	
๓๐ ม.ค. ๖๑	Methylphenidate ๑๘ mg	๑/๖๐	บ. ยาดี จำกัด ประเทศ เปอร์โตริโก	อย.	ผู้ป่วย ๔ คน	๙๙,๘๐๐	-	๔๐๐	๙๘,๔๐๐	เม็ด	
รวม											

(ลงชื่อ)สมประสงค์ ใจดี..... ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ

(.....)

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

(๒) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

แบบ ร.ขจ. ๒/ ปี

รายงานผลการดำเนินงานกิจกรรมเกี่ยวกับการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

ประจำปี พ.ศ. ..๒๕๖๑....

ชื่อผู้รับอนุญาตนายแพทย์สมประสงค์ ใจดี..... ใบอนุญาตที่๑๑..... /๒๕๖๑.....

สถานที่ชื่อโรงพยาบาลสมประสงค์.....

ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ถนนพระราม ๕..... ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขตเมืองนนทบุรี..... จังหวัดนนทบุรี..... โทรศัพท์ โทรสาร

ขอรายงานผลการดำเนินงานกิจกรรมเกี่ยวกับการขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ดังนี้

เดือน	ชื่อและความแรงของ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒	จำนวน/ปริมาณวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒(หน่วย.....*)				หมายเหตุ
		ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ	
มกราคม	Methylphenidate ๑๘ mg	-	๑๐๐,๐๐๐	๖๐๐	๙๙,๔๐๐	
กุมภาพันธ์		๙๙,๔๐๐	-	๒,๐๐๐	๙๗,๔๐๐	
มีนาคม		๙๗,๔๐๐	-	๒,๐๐๐	๙๕,๔๐๐	
เมษายน		๙๕,๔๐๐	-	๒,๔๐๐	๙๓,๐๐๐	
พฤษภาคม		๙๓,๐๐๐	-	๓,๐๐๐	๙๐,๐๐๐	
มิถุนายน		๙๐,๐๐๐	๑๐๐,๐๐๐	๓,๐๐๐	๑๘๗,๐๐๐	
กรกฎาคม		๑๘๗,๐๐๐	-	๕,๐๐๐	๑๘๒,๐๐๐	
สิงหาคม		๑๘๒,๐๐๐	-	๑๐,๐๐๐	๑๗๒,๐๐๐	
กันยายน						
ตุลาคม						
พฤศจิกายน						
ธันวาคม						
รวม						

(ลงชื่อ) ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ

(.....)

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

(๒) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก