

ใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ทันตกรรม/การสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง เลขที่.....

ปฏิบัติงาน ณ สถานพยาบาลชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน.....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... โทรสาร..... E-mail .....

ขอสั่งจ่ายรายการยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ดังรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒			ขนาดการใช้	จำนวนที่สั่งจ่าย (ระบุหน่วยเป็น Amp, Vial, Tab, Cap, Patch ฯลฯ)
	ชื่อตัวยาลำคัญ	ชื่อการค้า	ความแรง		
๑					
๒					
๓					
๔					
๕					

ให้แก่ (ชื่อผู้รับการรักษาหรือชื่อเจ้าของสัตว์ซึ่งรับการบำบัด).....

บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้ซึ่งมีรูปถ่ายและเลขประจำตัวประชาชน เลขที่.....

อยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน.....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... โทรสาร..... E-mail.....

(ลายมือชื่อ).....ผู้ออกใบสั่ง

หมายเหตุ ๑. ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

๒. ให้ผู้รับการรักษาหรือชื่อเจ้าของสัตว์ซึ่งรับการบำบัดส่งมอบเอกสารฉบับนี้ (ซึ่งเป็นเอกสารต้นฉบับ)

ให้กับสถานพยาบาลที่จ่ายยา และให้สถานพยาบาลเก็บรักษาเอกสารฉบับนี้ไว้ เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการจ่ายยา

๓. ให้สถานพยาบาลที่สั่งจ่ายยาเก็บสำเนาเอกสารฉบับนี้ไว้ เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการสั่งจ่ายยา

ผู้รับอนุญาตให้จำหน่ายจะจำหน่ายให้แก่บุคคลภายนอกที่ไม่ใช่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยซึ่งตนให้การรักษาได้ต่อเมื่อมีใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง แล้วแต่กรณี