

บัญชีจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒  
กรณีการรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์  
ประจำเดือน..... พ.ศ. ....

ชนิด (เลือกได้หนึ่งชนิด) ☐ ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

ชื่อผู้รับอนุญาต.....ใบอนุญาตเลขที่.....

| วัน เดือน ปี | ชื่อและความแรงของ<br>ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒<br>หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ | ชื่อการค้า | เลขที่/รุ่นที่/<br>ครั้งที่ผลิต | ได้มาจาก | จำหน่ายให้            |                                                                                     | จำนวนยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒<br>หรือ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒* |     |      |         |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------|----------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----|------|---------|
|              |                                                                              |            |                                 |          | ชื่อ-นามสกุล ผู้รับยา | เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/<br>หนังสือเดินทาง/บัตรประจำตัวอื่น<br>ที่ทางราชการออกให้ | ยอดยกมา                                                        | รับ | จ่าย | คงเหลือ |
|              |                                                                              |            |                                 |          |                       |                                                                                     |                                                                |     |      |         |
|              |                                                                              |            |                                 |          |                       |                                                                                     |                                                                |     |      |         |
|              |                                                                              |            |                                 |          |                       |                                                                                     |                                                                |     |      |         |
|              |                                                                              |            |                                 |          |                       |                                                                                     |                                                                |     |      |         |
|              |                                                                              |            |                                 |          |                       |                                                                                     |                                                                |     |      |         |

(ลายมือชื่อ) ..... (ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต)  
(.....)

หมายเหตุ :  
(๑) \*ระบุหน่วยเป็นหน่วยย่อย เช่น ขวด กล่อง ampule vial เม็ด แคปซูล แผ่น ฯลฯ  
(๒) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก