

บัญชีเกี่ยวกับการมีไว้ในครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒
เพื่อการผลิตยาเสพติดให้โทษในประเภท ๓
ประจำเดือน...สิงหาคม..... พ.ศ. ...2568....

ชื่อผู้รับอนุญาต.....บริษัท มิตรไพพารมาซูติคอล จำกัด.....ใบอนุญาตเลขที่....ค.ยส 2 ผ...4/2568.....
ชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่ขอครอบครอง.....โคเคนอิน.ฟอสเฟต.....
ชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท ๓ ที่ผลิตได้.....ยาแก้ไอผสมโคเคนชนิดเม็ด.....
ชื่อการค้า (ถ้ามี)Mit-CO cough tablet.....ความแรงต่อหน่วย และขนาดบรรจุ.....15 mg/tablet.....บรรจุ 100 เม็ด/กล่อง (10 แผง).....

วัน เดือน ปี	วัตถุดิบที่ใช้ในการผลิต							ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๓ ที่ผลิตได้			หมายเหตุ
	ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่ใช้ในการผลิต			ปริมาณ (กรัม/กิโลกรัม)							
	ชื่อผู้ผลิต และแหล่งผลิต	เลขที่/รุ่นที่/ครั้งที่ผลิต	ได้มาจาก	ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ	เลขที่/รุ่นที่/ครั้งที่ผลิต	จำนวน/ปริมาณที่ผลิตได้ (หน่วย..เม็ด...)*		
									ตามทฤษฎี	ผลิตได้จริง	
1 สค 68	A Co. ประเทศอินเดีย	F001	ออย	18							
4 สค 68	A Co. ประเทศอินเดีย	F001	ออย			5	13	AC001	333,300	333,000	
รวม										333,000	

(ลายมือชื่อ)..... มิตร ไพพ่า.....ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต
(.....นายไมตรี ไพพ่า.....)

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

แบบ ร.ค.-๑/ เดือน

รายงานเกี่ยวกับการดำเนินกิจการมีไว้ในครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

เพื่อการผลิตยาเสพติดให้โทษในประเภท ๓

ประจำเดือนสิงหาคม..... พ.ศ.2568.....

ชื่อผู้รับอนุญาต.....บริษัท มิตรไทฟาร์มาซูติคอล จำกัด..... ใบอนุญาตเลขที่..... .ค.ยส 2.พ..4/2568.....

ขอรายงานผลการดำเนินกิจการ ดังนี้

วัน เดือน ปี	ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ที่ใช้ในการผลิต โคเคอิน.ฟอสเฟต							ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๓ ที่ผลิตได้		
	ชื่อผู้ผลิต และแหล่งผลิต	เลขที่/รุ่นที่ /ครั้งที่ผลิต	ได้มาจาก	ปริมาณ (กรัม/กิโลกรัม)				เลขที่/ รุ่นที่/ครั้งที่ผลิต	จำนวน/ปริมาณที่ผลิต ได้ (หน่วย.เม็ด.)*	หมายเหตุ
				ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ			
1 สค 68	A Co. ประเทศอินเดีย	F001	อย	18						
4 สค 68	A Co. ประเทศอินเดีย	F001	อย			5	13	AC001	333,000	Mit-CO cough tablet

(ลงชื่อ)ไมตรี ไทท่า..... ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต
(.....นายไมตรี ไทท่า.....)

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

(๒) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

แบบ บ.ค.-๒

บัญชีเกี่ยวกับการมีไว้ในครอบครองวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔
เพื่อการรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์

ประจำเดือน.....สิงหาคม..... พ.ศ. ...2568...

ชื่อผู้รับอนุญาต.....คลินิกเวชกรรมอรณดี.....ใบอนุญาตเลขที่.....ค.วจ กท 1/2568.....
ชนิด (เลือกได้หนึ่งชนิด) ☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ ☒ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๔

วัน เดือน ปี	ชื่อและความแรง ของ วัตถุออกฤทธิ์ใน ประเภท ๓ หรือประเภท ๔	ชื่อการค้า	เลขที่/รุ่นที่/ ครั้งที่ผลิต	ได้มาจาก	จำหน่ายให้		จำนวนวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ (หน่วย..เม็ด..)*			
					ชื่อ-นามสกุล ผู้รับยา	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/ หนังสือเดินทาง/บัตรประจำตัวอื่น ที่ทางราชการออกให้	ยอดยก มา	รับ	จ่าย	คงเหลือ
1 สค 68	Clonazepam 0.5 mg	Povanil 0.5	PC 010	บริษัท เซ็นทรัลโพลี เทรตติ้ง จก.			825			
2 สค 68					นายการุณ มโนมาก	เลขที่ บขช 5112223334440			20	805
5 สค 68					นางสมสี สวยงาม	เลขที่ บขช 3315556667771			15	790
18 สค 68					นส.น้ำ สดใส	เลขที่ บขช 1122334556633			15	775

(ลายมือชื่อ).....เก่ง อาจสามารถ.....ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต
(.....นพ. เก่ง อาจสามารถ.....)

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

แบบ ร.ค.-๔/ เดือน

รายงานเกี่ยวกับการดำเนินกิจการมีไว้ในครอบครองวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔
 เพื่อการรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์

ประจำเดือนสิงหาคม..... พ.ศ. ...2568.....

ชื่อผู้รับอนุญาต.....คลินิกเวชกรรมอารมณดี.....ใบอนุญาตเลขที่.....ค.วจ กท 1/2568.....

ชนิด (เลือกได้หนึ่งชนิด) ☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ ☒ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๔

ขอรายงานผลการดำเนินกิจการ ดังนี้

วัน เดือน ปี	ชื่อและความแรงของ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔	ชื่อการค้า (ถ้ามี)	เลขที่/รุ่นที่ /ครั้งที่ผลิต	ได้มาจาก	จำหน่ายให้	จำนวนวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ (หน่วย.....)*				หมายเหตุ
						ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ	
1 สค 68	Clonazepam 0.5 mg	Povanil 0.5	PC 010	บริษัท เซ็นทรัล โพลีเทรตติ้ง จก.		825				
1-31 สค 68					ผู้ป่วย จำนวน 3 คน รายละเอียดตามบัญชี รับจ่าย แบบ บ.ค.-๒ เดือนสิงหาคม 2568			50	775	

(ลงชื่อ)เก่ง อาจสามารถ..... ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต
 (.....นพ. เก่ง อาจสามารถ.....)

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

แบบ บ.ค.-๓

บัญชีเกี่ยวกับการมีไว้ในครอบครองวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔
เพื่อประโยชน์ทางอุตสาหกรรม

ประจำเดือน.....สิงหาคม..... พ.ศ. ...2568...

ชื่อผู้รับอนุญาต.....บริษัท สินดี เทคโนโลยี จำกัด.....ใบอนุญาตเลขที่.....ค.วจ 8/2568.....

ชนิด (เลือกได้หนึ่งชนิด) ☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ ☒ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๔

ชื่อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔..... barbital.....

ชื่อการค้า (ถ้ามี) -ความแรงต่อหน่วย และขนาดบรรจุ..... -

วัน เดือน ปี	ชื่อผู้ผลิต และแหล่งผลิต	เลขที่/ รุ่นที่/ครั้งที่ผลิต	ได้มาจาก		จำนวน/ปริมาณวัตถุออกฤทธิ์ ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ (หน่วย..กิโลกรัม.)*				หมายเหตุ
			ชื่อสถานที่	ที่อยู่	ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ	
1 สค 68	Bef chemical Co.	RM189	บริษัท สยามเคมี เวชภัณฑ์ จำกัด	187 ถนนรามอินทรา แขวงท่าแร้ง เขตบางเขน กทม	200				
20 สค 68							60	140	จ่ายไปให้ฝ่ายผลิต
30 สค 68							60	80	จ่ายไปให้ฝ่ายผลิต
รวม							120	80	

(ลายมือชื่อ).....สมชาย สีสูก.....ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต
(.....นายสมชาย สีสูก.....)

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

แบบ ร.ค.-๒/ เดือน

รายงานเกี่ยวกับการดำเนินการมีไว้ในครอบครอง
ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ และวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ประเภท ๓ หรือประเภท ๔
เพื่อการป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด/ เพื่อการวิเคราะห์หรือศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์/ เพื่อประโยชน์ทางอุตสาหกรรม
ประจำเดือนสิงหาคม.... พ.ศ. ..2568.....

ชื่อผู้รับอนุญาต.....ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์..... ใบอนุญาตเลขที่.....ค.ยส. 2/2568.....

ชนิด (เลือกได้หนึ่งชนิด) ☒ ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ ☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๔

วัตถุประสงค์ (เลือกได้หนึ่งวัตถุประสงค์) ☐ เพื่อการป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด

☒ เพื่อการวิเคราะห์หรือศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์

☐ เพื่อประโยชน์ทางอุตสาหกรรม

ขอรายงานผลการดำเนินการ ดังนี้

วัน เดือน ปี	ชื่อและความแรงของ ยาเสพติดหรือวัตถุออกฤทธิ์	ชื่อผู้ผลิต และแหล่งผลิต	เลขที่/รุ่นที่ /ครั้งที่ผลิต	ได้มาจาก	จำนวน/ปริมาณยาเสพติดหรือวัตถุออกฤทธิ์ (หน่วย...amp..)*				หมายเหตุ
					ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ	
3 สค 68	Morphine Standard 1000 µg/mL	Morphine Standard 1000 µg/mL	001	กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์		5			
1-31 สค 68							1	4	

(ลงชื่อ)สมหญิง รักการดี.....ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต
(.....นางสาวสมหญิง รักการดี.....)

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

แบบ ร.ค.-๓/ เดือน

รายงานเกี่ยวกับการดำเนินกิจการมีไว้ในครอบครอง
ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ และวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ประเภท ๓ หรือประเภท ๔
เพื่อใช้ประจำในเรือหรือเครื่องบินที่ใช้ในการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศ สำหรับการปฐมพยาบาลหรือกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน
ประจำเดือนสิงหาคม..... พ.ศ.2568..

ชื่อผู้รับอนุญาต.....บริษัท สยามเดินเรือ จำกัด..... ใบอนุญาตเลขที่.....ค วจ 10/2568.....
ชนิด (เลือกได้หนึ่งชนิด) ☐ ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ☒ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ ☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๔

ขอรายงานผลการดำเนินกิจการ ดังนี้

วัน เดือน ปี	ชื่อและความแรงของ ยาเสพติดหรือวัตถุออกฤทธิ์	ชื่อการค้า (ถ้ามี)	เลขที่/รุ่นที่ /ครั้งที่ผลิต	ได้มาจาก	จำหน่ายให้	จำนวน/ปริมาณยาเสพติดหรือวัตถุออกฤทธิ์ (หน่วย.....)*				หมายเหตุ
						ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ	
1 สค 68	Midazolam injection 5 mg/ml	Midazolam injection 5 mg/ml	001	อย		10				
1-31 สค 68					ผู้ป่วย จำนวน 1 คน			1	9	

(ลงชื่อ)นาวี .รอดทุกทิศ..... ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการในใบอนุญาต
(.....นายนาวี .รอดทุกทิศ.....)

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