แบบ ฃ.วจ 2-4

เลขที่รับ

วันที่

ผู้รับ

 พ.ศ

ID สถานประกอบการ

ID ผู้ดำเนินกิจการ

คำขอซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2

วันที่ เดือน

ข้าพเจ้า ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่

บัตรประชาชน/บัตรข้าราชการเลขที่ วันออกบัตร บัตรหมดอายุ

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ ซอย ถนน แขวง เขต

จังหวัด เลขที่ใบอนุญาตขายซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2

สถานพยาบาลชื่อ ตั้งอยู่เลขที่ ซอย ถนน

แขวง เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

ขอยืนคำขอต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อขอชื่อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ดังต่อไปนี้

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ชื่อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 | ชนิดและความแรง( ทา g/tab,cap ทา g/amp,vial) | ปริมาณที่ขอซื้อ(โปรดระบุหน่วย) | ปริมาณที่คงเหลือ(โปรดระบุหน่วย) | เฉลี่ยอัตราการใช้ต่อเดือน(3เดือนย้อนหลัง)เดือน -  | ส่งรายงานส่าสุด เดือน |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบคำขอซื้อดังนี้

|  |  |
| --- | --- |
| รัฐบาล | เอกชน |
| 1. หนังลือแจ้งความจำนงขอซื้อ ซึ่งลงลายมือชื่อผู้มีอำนาจของหน่วยงานราชการนั้น | 1. ใบอนุญาตขาย วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 |
| 2. ใบอนุญาตขาย วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 |  |

กรณีมอบอำนาจให้ผู้อึนมารับยา

1. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการหรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่พนักงานของรัฐหรือบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ
2. หนังสือมอบอำนาจ 2.1 หนังสือมอบอำนาจให้กระทำการครั้งเดียว ติดอากรแสตมป์ตามประมวลกฎหมายรัษฎากร
	1. หนังสือมอบอำนาจให้กระทำการมากกว่าครังเดียว ติดอากรแสตมป์ตามประมวลกฎหมายรัษฎากร
	2. สำเนาหนังสือมอบอำนาจให้กระทำการมากกว่าครั้งเดียว
	3. หน่วยงานราชการให้ทำหนังสือมอบอำนาจจากส่วนราชการนั้น
	โปรดระบุการรับวัตถุออกฤทธิ์ (กรณีไม่ระบุจะนำส่งยาทางไปรษณีย์)

() ให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาส่งทางพัสดุไปรษณีย์ () มารับเอง

() มอบอำนาจ โดยข้าพเจ้าขอรับรองว่า เป็นตัวแทนของข้าพเจ้า ในการรับวัตถุออกฤทธิ์

และข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการรับ-ส่งวัตถุออกฤทธิ์ให้ข้าพเจ้าทุกประการ

*ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่ระบุในคำขอซื้อนี้และเอกสารประกอบคำขอนี้ เป็นความจริงทุกประการ*

ลงนามผู้ขอซื้อ

)

(

หมายเหตู การแก้ไขข้อความในคำขอซื้อให้ผู้ขอซื้อขีดฆ่า เขียนใหม่ และลงลายมือชื่อและวันที่กำกับทุกครั้ง

สำหรับ เจ้าหน้าที่ผู้พิจารณาอนุมัติ

ตรวจสอบรายงานล่าสุด

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ชื่อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 | อนุมัติจำนวน | ลงชื่อผู้อนุมัติ วันที่  |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |
| ลงชื่อผู้พิจารณาเสนอขออนุมัติ วันที่  |