**แบบ บ.ว.จ.-คค ๑**

**บัญชีรับ – จ่ายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ ที่มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์**

**สําหรบผรู้**

**ับอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ เพื่อการบําบัดรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์**

**ชื่อผู้รับอนุญาต.............................................................................................................ใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์วัตถุออกฤทธใ์ นประเภท ๓ หรือประเภท ๔ เลขที่.......................**

**ส**ถ**านที่ชอื่**

**......................................................................................................ตั้งอยู่เลขที่.......................ตรอก/ซอย…............................................ถนน.............................................................หมู่ที่.........**

**ตําบล/แขวง.....................................................................อําเภอ/เขต……..........................................................จังหวัด……………………..........................................โทร.......................................................**

**ชื่อวัตถออกฤทธิ์/วัตถุตํารับและความแรงตอหน่วย.........................................................................................................ชื่อการค้า (ถ้ามี) ...................................................................................................**

**ชื่อผผ้**

**ลิตและแหล่งผลิต...............................................................................................................................................ชื่อเลขที่/รุ่นที่/ครง้ ทผ่**

**ลิต........................................................................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **วัน เดือน ปี** | **จ่ายใหแก่** | | | **จํานวน/ปริมาณวัตถุออกฤทธิ์**  **(หน่วย...............................)\*** | | | | **ผู้รับอนุญาต/**  **ผู้ดําเนินกิจการ\*\*** | **หมายเหตุ** |
| **ชื่อผู้รับยา** | **เลขที่บตรประจาตัวประชาชน**  **/หนังสือเดินทาง/บัตรประจําตัวอื่น**  **ที่ทางราชการออกให้** | **อายุ (ปี)** | **ยอดยกมา** | **รับ** | **จ่าย** | **คงเหลือ** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **รวม** | | | |  |  |  |  |  | |

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

(๒) \*\* โปรดลงชื่อ

(๓) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก