**แบบ บ.ว.จ. ๓/๔-ซ**

**บัญชีซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔**

**ประจาเดือน............................................... พ.ศ. ....**

**ชื่อผู้รับอนุญาต.....................................................................................................................................ใบอนุญาตเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ เลขที่....................... สถานที่ชื่อ....................................................................................................................ตั้งอยู่เลขที่.............ตรอก/ซอย…...............................................ถนน................................................ หมู่ที่............ตำบล/แขวง...........................................................อาเภอ/เขต……................................................จังหวัด……………..........................................โทร.......................................... ชื่อวัตถุออกฤทธิ์/วัตถุตารับและความแรงต่อหน่วย.................................................................................................ชื่อการค้า (ถ้ามี) ........................................................................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **วัน เดือน ปี** | **ชื่อผู้ผลิต และแหล่งผลิต** | **เลขที่/ รุ่นที่/ครั้งที่ ผลิต** | **ซื้อมาจาก** | | **จานวน/ปริมาณ วัตถุออกฤทธิ์ (หน่วย..........................)\*** | **เภสัชกร\*\*** | **ผู้รับอนุญาต/\*\***  **ผู้ดาเนินกิจการ** | **หมายเหตุ** |
| **ชื่อ** | **ที่อยู่** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **รวม** | | | | |  |  | | |

**หมายเหตุ :** (๑) \* ระบุหน่วย เช่น กรณยาน้้าให้ระบุเป็น “มิลลลิ (๒) \*\* โปรดลงชื่อ

(๓) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

ิตร” หรือ กรณยาเม็ดให้ระบุเป็น “เม็ด” หรือ “แคปซูล” หรือ กรณียาฉีดให้ระบุเป็น “ampule” หรือ “vial” ฯลฯ