**แบบ บ.ว.จ. ๓/๔-ข**

**บัญชีขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ สาหรับผู้รับอนุญาตขายซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ ประจาเดือน............................................... พ.ศ. ....**

**ชื่อผู้รับอนุญาต ........................................................................................................................ใบอนุญาตขายซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ เลขที่.......................................**

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

**หมู่ที่............ตาบล/แขวง..............................................................อาเภอ/เขต…….....................................................จังหวัด……………..........................................โทร....................................**

**ชื่อวัตถุออกฤทธิ์/วัตถุตารับ ความแรงต่อหน่วย และขนาดบรรจุ.................................................................................................ชื่อการค้า (ถ้ามี) ..............................................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **วัน เดือน ปี** | **ชื่อผู้ผลิตและ แหล่งผลิต** | **ชื่อผู้แทนจาหน่าย** | **เลขที่/****รนที่/ครั้งที่****ผลิต** | **ประเภท สถานที่** | **ขายให้แก่** | **จานวน/ปริมาณวัตถุออกฤทธิ์****\*****(หน่วย...............................)** | **\*\*****เภสัชกร** | **ผู้รับอนุญาต/ ผู้ดาเนินกิจการ\*\*** | **หมายเหตุ** |
| **ชื่อ** | **ที่อยู่** | **ยอดยกมา** | **รับ** | **จ่าย** | **คงเหลือ** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **รวม** |  |  |  |  |  |

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

(๓) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

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