

รายงานรับ จ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒  
ประจำปี พ.ศ. ....

ใบอนุญาตเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ (ให้ขีดเลือกข้อความใน  เพียงช่องเดียว)  
 จำหน่าย  มีไว้ในครอบครอง

ชื่อผู้รับอนุญาต ..... ใบอนุญาตเลขที่ ..... / .....

สถานที่ชื่อ .....

ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... E-mail .....

ขอรายงานผลการดำเนินงานกิจการเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ดังนี้

เดือน	ชื่อและความแรงของ ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒	จำนวน/ปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ (หน่วย.....*)				หมายเหตุ
		ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ	
มกราคม						
กุมภาพันธ์						
มีนาคม						
เมษายน						
พฤษภาคม						
มิถุนายน						
กรกฎาคม						
สิงหาคม						
กันยายน						
ตุลาคม						
พฤศจิกายน						
ธันวาคม						
รวม						

(ลงชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ  
(.....)

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

(๒) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก