**แบบ บ.ว.จ. ๓/๔-ขพ**

**บัญชีขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ สาหรับผู้รับอนุญาตขายซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ (ตามใบสั่งยาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือทันตกรรม หรือการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง) ประจาเดือน............................................... พ.ศ. ....**

**ชื่อผู้รับอนุญาต....................................................................................ใบอนุญาตขายซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ เลขที่..............ส**ถ**านที่ชื่อ................................................................**

**ตั้งอยู่เลขที่.......................ตรอก/ซอย….........................ถนน.................................. หมู่ที่.......ตาบล/แขวง...................................อาเภอ/เขต……........................จังหวัด……………………..โทร.................**

**ชื่อวัตถุออกฤทธิ์/วัตถุตารับและความแรงต่อหน่วย.........................................................................................................ชื่อการค้า (ถ้ามี) .............................................................................................**

**ชื่อผู้ผลิตและแหล่งผลิต…………………………………………………………………………………………….............................................เลขที่/รุ่นที่/ครั้งที่ผลิต…………………………………………………………………………….**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **วัน เดือน ปี** | **ชื่อและที่อยู่หรือ ที่ทาการ ของผู้ออกใบสั่งยา** | **ขายให้แก่** | **จานวน/ปริมาณวัตถุออกฤทธิ์ (หน่วย...............................)\*** | **\*\*****เภสัชกร** | **ผู้รับอนุญาต/** | **หมายเหตุ** |
| **ชื่อผู้รับยา /** | **เลขที่บัตรประจาตัวประชาชน หนังสือเดินทาง/บัตรประจาตัวอื่น****ที่ทางราชการออกให้** | **อายุ (ปี)** | **ยอดยกมา** | **รับ** | **จ่าย** | **คงเหลือ** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **รวม** |  |  |  |  |  |

**ผู้ดาเนินกิจการ\*\***

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

(๓) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

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