**แบบ บ.ว.จ.-คค๑ (บจ.9)**

รายงานประจำเดือน....................พ.ศ..............

บัญชีรับ-จ่าย วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ และ ๔ ที่มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์

สำหรับผู้รับอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ประเภท ๓ หรือประเภท ๔ เพื่อบำบัดรักษาหรือป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์

ชื่อผู้รับอนุญาต นายอายุส ภมะราภา ใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ เลขที่ –

สถานที่ชื่อ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ เลขที่ 38 ถนนเจษฎาบดินทร์ ตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ 53000

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **วัน เดือน ปี** | **วัตถุออกฤทธิ์** | **เลขที่หรืออักษรของครั้งที่ผลิต** | **ได้รับจาก** | **จ่ายไปให้** | | | | **ปริมาณวัตถุออกฤทธิ์** | | |
| **ชื่อผู้รับยา** | **อายุ** | **เลขบัตรประชาชน** | **ที่อยู่** | **รับ** | **จ่าย** | **คงเหลือ** |
|  | Diazepam inj-5 mg/ml-2 ml |  | รพ.อุตรดิตถ์ |  |  |  |  |  |  | (ชื่อ รพ.สต.) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(ลายมือชื่อ).....................................................(ผู้รับอนุญาต)

นายแพทย์อายุส ภมะราภา