

บัญชีรับ-จ่ายวัตถุออกฤทธิ์ที่มีไว้ในครอบครอง

แบบ บ.จ. ๘

วัน เดือน ปี	ชื่อวัตถุออกฤทธิ์	เลขที่หรืออักษรของเลขที่ผลิต	ได้มาจาก	จ่ายไปให้			ปริมาณวัตถุออกฤทธิ์			ผู้รับใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครอง
				ชื่อผู้รับยา	อายุ	ที่อยู่	รับ	จ่าย	คงเหลือ	
๑๕ ส.ค. ๖๑	Lorazepam ๑ mg	๐๕๑๐๑๗ ๐๓๐๖๑๘	บ.คอนตรักส์ จำกัด	นางพัชรี กองเวียง	๕๘	๓๗๕ หมู่ ๔ ต.ในเมือง อ.เมือง ลำพูน จ.ลำพูน	๔,๗๕๑	๑๐	๔,๗๔๑	
๑๕ ส.ค. ๖๑	Lorazepam ๑ mg	๐๕๑๐๑๗ ๐๓๐๖๑๘	บ.คอนตรักส์ จำกัด	น.ส.ศิริพรรณ ยาวีชัย	๗๙	๑๖/๑ หมู่ ๘ ต.ในเมือง อ.เมือง ลำพูน จ.ลำพูน	-	๑๕	๔,๗๒๖	
๑๕ ส.ค. ๖๑	Lorazepam ๑ mg	๐๕๑๐๑๗ ๐๓๐๖๑๘	บ.คอนตรักส์ จำกัด	นายกิตติ วิมาลัย	๗๑	๑๗๖ หมู่ ๒ ต.ต้นธง อ.เมือง ลำพูน จ.ลำพูน	-	๑๐	๔,๗๑๖	
๑๖ ส.ค. ๖๑	Lorazepam ๑ mg	๐๕๑๐๑๗ ๐๓๐๖๑๘	บ.คอนตรักส์ จำกัด	นางสำลี เล้าหรือดพันธ์	๕๗	๑๐๗ หมู่ ๑๓ ต.ในเมือง อ.เมือง ลำพูน จ.ลำพูน	-	๑๐	๔,๗๐๖	
๑๗ ส.ค. ๖๑	Lorazepam ๑ mg	๐๕๑๐๑๗ ๐๓๐๖๑๘	บ.คอนตรักส์ จำกัด	นางวรรณดี เสมอใจ	๖๖	๑๓๖ หมู่ ๓ ต.สว่างอารมณ์ อ.ดอกคำใต้ จ.พะเยา	-	๑๒๐	๔,๕๘๖	
๑๘ ส.ค. ๖๑	Lorazepam ๑ mg	๐๕๑๐๑๗ ๐๓๐๖๑๘	บ.คอนตรักส์ จำกัด	นางศรีวรรณ คล้ายเพชร	๗๔	๒๓๒ หมู่ ๘ ต.ในเมือง อ.เมือง ลำพูน จ.ลำพูน	-	๓๐	๔,๕๕๖	
๒๐ ส.ค. ๖๑	Lorazepam ๑ mg	๐๕๑๐๑๗ ๐๓๐๖๑๘	บ.คอนตรักส์ จำกัด	นายอนุลักษณ์ นพบุรี	๕๗	๑๔๐ หมู่ ๓ ต.ในเมือง อ.เมือง ลำพูน จ.ลำพูน	-	๓๐	๔,๕๒๖	
๒๒ ส.ค. ๖๑	Lorazepam ๑ mg	๐๕๑๐๑๗ ๐๓๐๖๑๘	บ.คอนตรักส์ จำกัด	นายดวงดี ปัญญาแก้ว	๖๖	๙ หมู่ ๒ ต.ในเมือง อ.เมืองลำพูน จ.ลำพูน	-	๑๐	๔,๕๑๖	
๒๗ ส.ค. ๖๑	Lorazepam ๑ mg	๐๕๑๐๑๗ ๐๓๐๖๑๘	บ.คอนตรักส์ จำกัด	นายประสิทธิ์ เพชรรักษ์	๗๔	๓๐ หมู่ ๑ ต.ในเมือง อ.เมือง ลำพูน จ.ลำพูน	-	๑๒๐	๔,๓๙๖	

แบบ ร.ว.จ ๓/๔/เดือน


รายงานผลการดำเนินงานเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ประเภท ๓ หรือประเภท ๔  
ประจำเดือน.....สิงหาคม..... พ.ศ. ....๒๕๖๑.....

ชื่อผู้รับอนุญาต/ผู้มีหน้าที่เสนอรายงาน.....นายแพทย์ศิริพัฒน์ โอลระจำง..... ชื่อสถานที่ .....ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลเมืองลำพูน.....  
ตั้งอยู่เลขที่ .....๓๕๖/๑..... ถนน .....สันป่ายาง..... ตำบล .....ในเมือง..... อำเภอ .....เมืองลำพูน..... จังหวัด .....ลำพูน.....  
โทรศัพท์ .....๐๕๓-๕๒๕๗๗๖..... โทรสาร .....๐๕๓-๕๒๕๗๗๖ ต่อ ๓๑๘.....  
ได้รับอนุญาตให้ .....มีไว้ในครอบครองซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔..... ใบอนุญาตเลขที่ .....๑๔/๒๕๖๐ (วจ๔).....

ขอรายงานผลการดำเนินงานเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ ดังนี้

วัน เดือน ปี	ชื่อและความแรงของวัตถุออกฤทธิ์ประเภท ๓ หรือประเภท ๔	เลขที่ รุ่นที่/ครั้งที่ผลิต	ชื่อผู้ผลิตและแหล่งผลิต	ได้มาจาก	จ่ายไปให้	ปริมาณวัตถุออกฤทธิ์				หน่วย	หมายเหตุ
						ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ		
๑๕ ส.ค. ๖๑	Lorazepam ๑ mg	๐๕๑๐๑๗ ๐๓๐๖๑๘	บ.ยูโทเบียน จำกัด ๖๐๒ หมู่ ๓ ซ.ท่านผู้หญิง อ.เทพารักษ์ ต.เทพารักษ์ อ.เมืองสมุทรปราการ จ.สมุทรปราการ	บ. คอนดริกส์ จำกัด	ผู้ป่วย ๓ คน	๔,๗๕๑	-	๓๕	๕,๑๐๑	เม็ด	
๑๖ ส.ค. ๖๑	Lorazepam ๑ mg	๐๕๑๐๑๗ ๐๓๐๖๑๘	บ.ยูโทเบียน จำกัด ๖๐๒ หมู่ ๓ ซ.ท่านผู้หญิง อ.เทพารักษ์ ต.เทพารักษ์ อ.เมืองสมุทรปราการ จ.สมุทรปราการ	บ. คอนดริกส์ จำกัด	ผู้ป่วย ๑ คน	๕,๑๐๑	-	๑๐	๕,๑๐๑	เม็ด	
๑๗ ส.ค. ๖๑	Lorazepam ๑ mg	๐๕๑๐๑๗ ๐๓๐๖๑๘	บ.ยูโทเบียน จำกัด ๖๐๒ หมู่ ๓ ซ.ท่านผู้หญิง อ.เทพารักษ์ ต.เทพารักษ์ อ.เมืองสมุทรปราการ จ.สมุทรปราการ	บ. คอนดริกส์ จำกัด	ผู้ป่วย ๑ คน	๕,๑๐๑	-	๑๒๐	๔,๕๘๖	เม็ด	
๑๘ ส.ค. ๖๑	Lorazepam ๑ mg	๐๕๑๐๑๗ ๐๓๐๖๑๘	บ.ยูโทเบียน จำกัด ๖๐๒ หมู่ ๓ ซ.ท่านผู้หญิง อ.เทพารักษ์ ต.เทพารักษ์ อ.เมืองสมุทรปราการ จ.สมุทรปราการ	บ. คอนดริกส์ จำกัด	ผู้ป่วย ๑ คน	๔,๕๘๖	-	๓๐	๔,๕๕๖	เม็ด	
๒๐ ส.ค. ๖๑	Lorazepam ๑ mg	๐๕๑๐๑๗ ๐๓๐๖๑๘	บ.ยูโทเบียน จำกัด ๖๐๒ หมู่ ๓ ซ.ท่านผู้หญิง อ.เทพารักษ์ ต.เทพารักษ์ อ.เมืองสมุทรปราการ จ.สมุทรปราการ	บ. คอนดริกส์ จำกัด	ผู้ป่วย ๑ คน	๔,๕๕๖	-	๓๐	๔,๕๒๖	เม็ด	

วัน เดือน ปี	ชื่อและความ แรงของวัตถุ ออกฤทธิ์ ประเภท ๓ หรือ ประเภท ๔	เลขที่ รุ่นที่/ ครั้งที่ผลิต	ชื่อผู้ผลิตและแหล่งผลิต	ได้มาจาก	จ่ายไป ให้	ปริมาณวัตถุออกฤทธิ์				หน่วย	หมายเหตุ
๒๒ ส.ค. ๖๑	Lorazepam ๑ mg	๐๕๑๐๑๗ ๐๓๐๖๑๘	บ.ยูโทเบียน จำกัด ๖๐๒ หมู่ ๓ ซ.ท่านผู้หญิง ถ.เทพารักษ์ ต.เทพารักษ์ อ.เมืองสมุทรปราการ จ. สมุทรปราการ	บ. คอนตริคส์ จำกัด	ผู้ป่วย ๑ คน	๔,๕๒๖	-	๑๐	๔,๕๑๖	เม็ด	
๒๗ ส.ค. ๖๑	Lorazepam ๑ mg	๐๕๑๐๑๗ ๐๓๐๖๑๘	บ.ยูโทเบียน จำกัด ๖๐๒ หมู่ ๓ ซ.ท่านผู้หญิง ถ.เทพารักษ์ ต.เทพารักษ์ อ.เมืองสมุทรปราการ จ. สมุทรปราการ	บ. คอนตริคส์ จำกัด	ผู้ป่วย ๑ คน	๔,๕๑๖	-	๑๒๐	๔,๓๙๖	เม็ด	
<b>รวม</b>						๘,๗๕๑	-	๓๕๕	๔,๓๙๖	เม็ด	

  
 (ลงชื่อ) ..... ผู้รับใบอนุญาต/ผู้ดำเนินการ  
 (นายแพทย์ศิริพัฒน์ โอกระจ่าง)

แบบ ร.ว.จ ๓/๔/เดือน

รายงานผลการดำเนินงานเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ประเภท ๓ หรือประเภท ๔  
ประจำเดือน.....สิงหาคม..... พ.ศ. ....๒๕๖๑.....

ชื่อผู้รับอนุญาต/ผู้มีหน้าที่เสนอรายงาน.....นายแพทย์ศิริพัฒน์ โภกระจำง..... ชื่อสถานที่ .....ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลเมืองลำพูน.....  
ตั้งอยู่เลขที่ .....๓๕๖/๑..... ถนน .....สันป่ายาง..... ตำบล .....ในเมือง..... อำเภอ .....เมืองลำพูน..... จังหวัด .....ลำพูน.....  
โทรศัพท์ .....๐๕๓-๕๒๕๗๗๖..... โทรสาร .....๐๕๓-๕๒๕๗๗๖ ต่อ ๓๑๘.....  
ได้รับอนุญาตให้ .....มีไว้ในครอบครองซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔..... ใบอนุญาตเลขที่ .....๑๔/๒๕๖๐ (วจ๔).....

ขอรายงานผลการดำเนินงานเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ ดังนี้

วัน เดือน ปี	ชื่อและความ แรงของวัตถุ ออกฤทธิ์ ประเภท ๓ หรือ ประเภท ๔	เลขที่ รุ่นที่/ ครั้งที่ผลิต	ชื่อผู้ผลิตและแหล่งผลิต	ได้มาจาก	จ่ายไป ให้	ปริมาณวัตถุออกฤทธิ์				หน่วย	หมายเหตุ
						ยอด ยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ		
๑ ส.ค. ๖๑ - ๓๑ ส.ค. ๖๑	Diazepam ๕ mg	T๖๐๐๐๗๓	องค์การเภสัชกรรม ๗๕/๑ ถ.พระรามที่ ๖ ราชเทวี กรุงเทพฯ	องค์การ เภสัชกรรม	-	๑,๙๙๐	-	-	๑,๙๙๐	เม็ด	
รวม						๑,๙๙๐	-	-	๑,๙๙๐	เม็ด	

(ลงชื่อ) ..... ผู้รับใบอนุญาต/ผู้ดำเนินการ  
(นายแพทย์ศิริพัฒน์ โภกระจำง)

แบบ ร.ว.จ ๓/๔/เดือน

รายงานผลการดำเนินงานเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ประเภท ๓ หรือประเภท ๔  
ประจำเดือน.....สิงหาคม..... พ.ศ. ....๒๕๖๑.....

ชื่อผู้รับอนุญาต/ผู้มีหน้าที่เสนอรายงาน.....นายแพทย์ศิริพัฒน์ โอกระจ่าง..... ชื่อสถานที่ .....ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลเมืองลำพูน.....  
ตั้งอยู่เลขที่ .....๓๕๖/๑..... ถนน .....สันป่ายาง..... ตำบล .....ในเมือง..... อำเภอ .....เมืองลำพูน..... จังหวัด .....ลำพูน.....  
โทรศัพท์ .....๐๕๓-๕๒๕๗๗๖..... โทรสาร .....๐๕๓-๕๒๕๗๗๖ ต่อ ๓๑๘.....  
ได้รับอนุญาตให้ .....มีไว้ในครอบครองซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔..... ใบอนุญาตเลขที่ .....๑๔/๒๕๖๐ (วจ๔).....

ขอรายงานผลการดำเนินงานเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ ดังนี้

วัน เดือน ปี	ชื่อและความ แรงของวัตถุ ออกฤทธิ์ ประเภท ๓ หรือ ประเภท ๔	เลขที่ รุ่นที่/ ครั้งที่ผลิต	ชื่อผู้ผลิตและแหล่งผลิต	ได้มาจาก	จ่ายไป ให้	ปริมาณวัตถุออกฤทธิ์				หน่วย	หมายเหตุ
						ยอด ยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ		
๑ ส.ค. ๖๑ - ๓๑ ส.ค. ๖๑	Diazepam inj ๑๐ mg/๒ ml	J๕๘๐๑๕๘ J๕๙๐๕๐๕	องค์การเภสัชกรรม ๗๕/๑ ถ.พระรามที่ ๖ ราชเทวี กรุงเทพฯ	องค์การ เภสัชกรรม	-	๒๐	-	-	๒๐	amp	
รวม						๒๐	-	-	๒๐	amp	

(ลงชื่อ) ..... ผู้รับใบอนุญาต/ผู้ดำเนินการ  
(นายแพทย์ศิริพัฒน์ โอกระจ่าง)