

แบบ ร.ว.จ ๓/๔/เดือน

รายงานผลการดำเนินงานเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ประเภท ๓ หรือประเภท ๔

ประจำเดือน.....กรกฎาคม..... พ.ศ. ....๒๕๖๓.....

ชื่อผู้รับอนุญาต/ผู้มีหน้าที่เสนอรายงาน.....นายแพทย์ศิริพัฒน์ โอกระจำง..... 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 .....ควจ๔-ร ๑๘๓/๒๕๖๒.....

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		
๑ ก.ค. ๖๓	Lorazepam ๑ mg	๐๕๐๙๑๙ ๐๑๐๒๒๐	บ.ยูโทเบียน จำกัด ๖๐๒ หมู่ ๓ ซ.ท่านผู้หญิง ถ.เทพารักษ์ ต.เทพารักษ์ อ.เมืองสมุทรปราการ จ.สมุทรปราการ	บ. คอนดริกส์ จำกัด	ผู้ป่วย ๑ คน	๙,๘๘๒	-	๖๐	๙,๘๒๒	เม็ด	
๒ ก.ค. ๖๓	Lorazepam ๑ mg	๐๕๐๙๑๙ ๐๑๐๒๒๐	บ.ยูโทเบียน จำกัด ๖๐๒ หมู่ ๓ ซ.ท่านผู้หญิง ถ.เทพารักษ์ ต.เทพารักษ์ อ.เมืองสมุทรปราการ จ.สมุทรปราการ	บ. คอนดริกส์ จำกัด	ผู้ป่วย ๑ คน	๙,๘๒๒	-	๒๐	๙,๘๐๒	เม็ด	
๓ ก.ค. ๖๓	Lorazepam ๑ mg	๐๕๐๙๑๙ ๐๑๐๒๒๐	บ.ยูโทเบียน จำกัด ๖๐๒ หมู่ ๓ ซ.ท่านผู้หญิง ถ.เทพารักษ์ ต.เทพารักษ์ อ.เมืองสมุทรปราการ จ.สมุทรปราการ	บ. คอนดริกส์ จำกัด	ผู้ป่วย ๔ คน	๙,๘๐๒	-	๑๕๐	๙,๖๕๒	เม็ด	
๘ ก.ค. ๖๓	Lorazepam ๑ mg	๐๕๐๙๑๙ ๐๑๐๒๒๐	บ.ยูโทเบียน จำกัด ๖๐๒ หมู่ ๓ ซ.ท่านผู้หญิง ถ.เทพารักษ์ ต.เทพารักษ์ อ.เมืองสมุทรปราการ จ.สมุทรปราการ	บ. คอนดริกส์ จำกัด	ผู้ป่วย ๑ คน	๙,๖๕๒	-	๓๐	๙,๖๒๒	เม็ด	
๙ ก.ค. ๖๓	Lorazepam ๑ mg	๐๕๐๙๑๙ ๐๑๐๒๒๐	บ.ยูโทเบียน จำกัด ๖๐๒ หมู่ ๓ ซ.ท่านผู้หญิง ถ.เทพารักษ์ ต.เทพารักษ์ อ.เมืองสมุทรปราการ จ.สมุทรปราการ	บ. คอนดริกส์ จำกัด	ผู้ป่วย ๑ คน	๙,๖๒๒	-	๓๐	๙,๕๙๒	เม็ด	
๑๐ ก.ค. ๖๓	Lorazepam ๑ mg	๐๕๐๙๑๙ ๐๑๐๒๒๐	บ.ยูโทเบียน จำกัด ๖๐๒ หมู่ ๓ ซ.ท่านผู้หญิง ถ.เทพารักษ์ ต.เทพารักษ์ อ.เมืองสมุทรปราการ จ.สมุทรปราการ	บ. คอนดริกส์ จำกัด	ผู้ป่วย ๑ คน	๙,๕๙๒	-	๑๒๐	๙,๔๗๒	เม็ด	
๑๓ ก.ค. ๖๓	Lorazepam ๑ mg	๐๕๐๙๑๙ ๐๑๐๒๒๐	บ.ยูโทเบียน จำกัด ๖๐๒ หมู่ ๓ ซ.ท่านผู้หญิง ถ.เทพารักษ์ ต.เทพารักษ์ อ.เมืองสมุทรปราการ จ.สมุทรปราการ	บ. คอนดริกส์ จำกัด	ผู้ป่วย ๑ คน	๙,๔๗๒	-	๑๕	๙,๔๕๗	เม็ด	

(ลงชื่อ) ..... ผู้รับใบอนุญาต/ผู้ดำเนินการ

(นายแพทย์ศิริพัฒน์ โอกระจำง)

แบบ ร.ว.จ ๓/๔/เดือน

รายงานผลการดำเนินการเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ประเภท ๓ หรือประเภท ๔

ประจำเดือน.....กรกฎาคม..... พ.ศ. ....๒๕๖๓.....

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 .....ควจ๔-ร ๑๘๓/๒๕๖๒.....

ขอรายงานผลการดำเนินการเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือประเภท ๔ ดังนี้

วัน เดือน ปี	ชื่อและความแรงของวัตถุออกฤทธิ์ประเภท ๓ หรือประเภท ๔	เลขที่ รุ่นที่/ครั้งที่ผลิต	ชื่อผู้ผลิตและแหล่งผลิต	ได้มาจาก	จ่ายไปให้	ปริมาณวัตถุออกฤทธิ์				หน่วย	หมายเหตุ
						ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ		
๑๔ ก.ค. ๖๓	Lorazepam ๑ mg	๐๕๐๙๑๙ ๐๑๐๒๒๐	บ.ยูโทเบียน จำกัด ๖๐๒ หมู่ ๓ ซ.ท่านผู้หญิง ถ.เทพารักษ์ ต.เทพารักษ์ อ.เมืองสมุทรปราการ จ.สมุทรปราการ	บ. คอนดรักส์ จำกัด	ผู้ป่วย ๒ คน	๙,๔๕๗	-	๑๐	๙,๔๕๗	เม็ด	
๑๕ ก.ค. ๖๓	Lorazepam ๑ mg	๐๕๐๙๑๙ ๐๑๐๒๒๐	บ.ยูโทเบียน จำกัด ๖๐๒ หมู่ ๓ ซ.ท่านผู้หญิง ถ.เทพารักษ์ ต.เทพารักษ์ อ.เมืองสมุทรปราการ จ.สมุทรปราการ	บ. คอนดรักส์ จำกัด	ผู้ป่วย ๑ คน		-	๑๐	๙,๔๓๗	เม็ด	
๑๖ ก.ค. ๖๓	Lorazepam ๑ mg	๐๕๐๙๑๙ ๐๑๐๒๒๐	บ.ยูโทเบียน จำกัด ๖๐๒ หมู่ ๓ ซ.ท่านผู้หญิง ถ.เทพารักษ์ ต.เทพารักษ์ อ.เมืองสมุทรปราการ จ.สมุทรปราการ	บ. คอนดรักส์ จำกัด	ผู้ป่วย ๑ คน		-	๖๐	๙,๓๗๗	เม็ด	
๒๐ ก.ค. ๖๓	Lorazepam ๑ mg	๐๕๐๙๑๙ ๐๑๐๒๒๐	บ.ยูโทเบียน จำกัด ๖๐๒ หมู่ ๓ ซ.ท่านผู้หญิง ถ.เทพารักษ์ ต.เทพารักษ์ อ.เมืองสมุทรปราการ จ.สมุทรปราการ	บ. คอนดรักส์ จำกัด	ผู้ป่วย ๓ คน		-	๖๕	๙,๓๑๒	เม็ด	
๒๓ ก.ค. ๖๓	Lorazepam ๑ mg	๐๕๐๙๑๙ ๐๑๐๒๒๐	บ.ยูโทเบียน จำกัด ๖๐๒ หมู่ ๓ ซ.ท่านผู้หญิง ถ.เทพารักษ์ ต.เทพารักษ์ อ.เมืองสมุทรปราการ จ.สมุทรปราการ	บ. คอนดรักส์ จำกัด	ผู้ป่วย ๕ คน		-	๒๗๐	๙,๐๔๒	เม็ด	
๒๙ ก.ค. ๖๓	Lorazepam ๑ mg	๐๕๐๙๑๙ ๐๑๐๒๒๐	บ.ยูโทเบียน จำกัด ๖๐๒ หมู่ ๓ ซ.ท่านผู้หญิง ถ.เทพารักษ์ ต.เทพารักษ์ อ.เมืองสมุทรปราการ จ.สมุทรปราการ	บ. คอนดรักส์ จำกัด	ผู้ป่วย ๕ คน		-	๔๖๕	๘,๕๗๗	เม็ด	
๓๑ ก.ค. ๖๓	Lorazepam ๑ mg	๐๕๐๙๑๙ ๐๑๐๒๒๐	บ.ยูโทเบียน จำกัด ๖๐๒ หมู่ ๓ ซ.ท่านผู้หญิง ถ.เทพารักษ์ ต.เทพารักษ์ อ.เมืองสมุทรปราการ จ.สมุทรปราการ	บ. คอนดรักส์ จำกัด	ผู้ป่วย ๓ คน		-	๑๘๐	๘,๓๙๗	เม็ด	

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

แบบ ร.ว.จ ๓/๔/เดือน

รายงานผลการดำเนินงานเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ประเภท ๓ หรือประเภท ๔  
ประจำเดือน.....กรกฎาคม..... พ.ศ. ....๒๕๖๓.....

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 .....ควจ๔-ร ๑๘๓/๒๕๖๒.....

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		
๑๖ ก.ค. ๖๓	Diazepam ๕ mg	T๖๐๐๐๗๓ T๖๑๐๐๘๘	องค์การเภสัชกรรม ๗๕/๑ ถ.พระรามที่ ๖ ราชเทวี กรุงเทพฯ	องค์การ เภสัชกรรม	ผู้ป่วย ๑ คน	๓,๑๔๐	-	๖๐	๓,๐๘๐	เม็ด	
รวม						๓,๑๔๐	-	๖๐	๓,๐๘๐	เม็ด	

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

แบบ ร.ว.จ ๓/๔/เดือน

รายงานผลการดำเนินงานเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ประเภท ๓ หรือประเภท ๔  
ประจำเดือน.....กรกฎาคม..... พ.ศ. ....๒๕๖๓.....

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 .....ควจ๔-ร ๑๘๓/๒๕๖๒.....

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		
ก.ค. ๖๓	Diazepam ๒ mg	T๖๑๐๐๘๘ T๖๑๐๒๓๐	องค์การเภสัชกรรม ๗๕/๑ ถ.พระรามที่ ๖ ราชเทวี กรุงเทพฯ	องค์การ เภสัชกรรม	-	๗๒๐	-	-	๗๒๐	เม็ด	
รวม						๗๒๐	-	-	๗๒๐	เม็ด	

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

แบบ ร.ว.จ ๓/๔/เดือน

รายงานผลการดำเนินงานเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ประเภท ๓ หรือประเภท ๔  
ประจำเดือน.....กรกฎาคม.... พ.ศ. ....๒๕๖๓.....

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 .....ควจ๔-ร ๑๘๓/๒๕๖๒.....

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		
ก.ค. ๖๓	Diazepam inj ๑๐ mg/ ๒ ml	๖๐๐๒๙๑ ๖๒๐๕๐๗	องค์การเภสัชกรรม ๗๕/๑ ถ.พระรามที่ ๖ ราชเทวี กรุงเทพฯ	องค์การ เภสัชกรรม	-	๑๐	๑๐	-	๒๐	amp	
รวม						๑๐	๑๐	-	๒๐	amp	

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

บัญชีรับ-จ่ายวัตถุออกฤทธิ์ที่มีไว้ในครอบครอง

แบบ บ.จ. ๘

วัน เดือน ปี	ชื่อวัตถุออกฤทธิ์	เลขที่หรืออักษรของเลขที่ผลิต	ได้มาจาก	จ่ายไปให้			ปริมาณวัตถุออกฤทธิ์			ผู้รับใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครอง
				ชื่อผู้รับยา	อายุ	ที่อยู่	รับ	จ่าย	คงเหลือ	
๑๖ ก.ค. ๖๓	Diazepam ๕ mg	T๖๐๐๐๗๓ T๖๑๐๐๘๘	องค์การเภสัชกรรม	นางสาวจิตาภา อุดลย์พงศ์	๓๙	๒๒ หมู่ ๓ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ลำพูน	๓,๑๔๐	๖๐	๓,๐๘๐	