

ใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ทันตกรรม/การสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง เลขที่.....

ปฏิบัติงาน ณ สถานพยาบาลชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย

ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรสาร

ขอสั่งจ่าย ☐ ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ☐ วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ดังรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	ชื่อตัวยาสำคัญ	ชื่อการค้า	ความแรง	ขนาดการใช้	จำนวนที่สั่งจ่าย (ระบุหน่วยเป็น Amp, Vial, Tab, Cap, Patch ฯลฯ)
๑					
๒					
๓					
๔					
๕					

ให้แก่ (ชื่อผู้รับการรักษาหรือชื่อเจ้าของสัตว์ซึ่งได้รับการรักษา)

บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้ เลขที่

ที่อยู่ เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

(ลายมือชื่อ) ผู้ออกใบสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

- ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก
- ให้ผู้รับการรักษาหรือเจ้าของสัตว์ซึ่งได้รับการรักษาส่งมอบต้นฉบับของเอกสารฉบับนี้ให้แก่สถานพยาบาลที่จ่ายยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์ตามใบสั่งจ่ายให้ และให้สถานพยาบาลที่จ่ายยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์เก็บรักษาเอกสารฉบับนี้ไว้ เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการจ่ายยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์
- ให้สถานพยาบาลที่สั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์เก็บรักษาสำเนาเอกสารฉบับนี้ไว้ เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการจ่ายยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์

ผู้รับอนุญาตจำหน่าย จะจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ ให้แก่บุคคลภายนอกที่ไม่ใช่ผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยซึ่งตนให้การรักษาก็ได้ เฉพาะกรณีที่มีใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ หรือวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๒ จากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง แล้วแต่กรณี