



แบบฟอร์มคำรับรองการซื้อวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือ 4/ ยาเสพติดให้โทษในประเภท 3

วันที่เดือนพ.ศ.....

ข้าพเจ้า

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม / โรคศิลปะเลขที่.....บัตรประชาชน / บัตรข้าราชการเลขที่

.....วันออกบัตร.....บัตรหมคอายุ

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ซอยถนนตำบล

อำเภอจังหวัดรหัสไปรษณีย์ โทร.....

สถานพยาบาล / ร้านขายยา ที่นำวัตถุดิบออกฤทธิ์ไปใช้ ชื่อตั้งอยู่เลขที่

ซอยถนนตำบลอำเภอ.....

จังหวัดรหัสไปรษณีย์ โทร.....

ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล เลขที่

ใบอนุญาตดำเนินกิจการสถานพยาบาล เลขที่

ไม่มีใบอนุญาตครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุดิบออกฤทธิ์

มีใบอนุญาตครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุดิบออกฤทธิ์ / ใบอนุญาตขายวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือ 4

เลขที่ ออกให้ ณ วันที่

มีใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 3 เลขที่ออกให้ ณ วันที่

ขอยื่นคำขอซื้อต่อ บริษัทเพื่อขอซื้อวัตถุดิบออกฤทธิ์ในประเภท 3

หรือ 4 หรือ ยาเสพติดให้โทษในประเภท 3 ดังนี้

1. ชื่อยาปริมาณที่ขอซื้อ จำนวน

(จำนวนเป็นตัวอักษร))

2. ชื่อยาปริมาณที่ขอซื้อ จำนวน

(จำนวนเป็นตัวอักษร))

3. ชื่อยาปริมาณที่ขอซื้อ จำนวน

(จำนวนเป็นตัวอักษร))

4. ชื่อยาปริมาณที่ขอซื้อ จำนวน

(จำนวนเป็นตัวอักษร))

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่ระบุในคำขอซื้อนี้เป็นความจริงทุกประการ

.....ลงนามผู้ซื้อ

(.....)