

ใบสั่งยาเสพติดให้โทษประเภท 2

ข้าพเจ้าใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ/ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
 เวชกรรม/ใบอนุญาตประกอบการบำบัดโรคสัตว์ เลขที่ อยู่เลขที่ หมู่ที่
 ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง
 อำเภอ จังหวัด

รายการยาเสพติดให้โทษที่สั่งจ่ายและจำนวน

No.	รายการยา	วันที่สั่งใช้	จำนวน	หน่วยนับ

ให้แก่ (ชื่อผู้รับการรักษาหรือชื่อเจ้าของสัตว์ซึ่งรับการบำบัด)

อยู่เลขที่ ตรอก/ซอย ถนน หมู่ที่
 ตำบล/แขวง อำเภอ จังหวัด
 โทรศัพท์ อายุ อาชีพ

เวลาทิ้ง	จำนวนใช้/ปริมาณ
ผู้ทิ้ง	
พยาน	

วันที่ เดือน พ.ศ.

(ลายมือชื่อ).....แพทย์ผู้สั่งใช้

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก

(ลายมือชื่อ).....เภสัชกรผู้จ่ายยา
 (.....)

(ลายมือชื่อ).....พยาบาลผู้ผสมยา
 (.....)

(ลายมือชื่อ).....ผู้รับยา(ผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วย)
 (.....)

วันที่รับยา...../...../.....

****กรุณาแนบสำเนาบัตรประชาชนผู้รับยา****