

บัญชีรับ-จ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ กัญชา ประจำเดือน ..... พ.ศ. ....  
**สำหรับผู้รับอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์**

ชื่อผู้รับอนุญาต..... ใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เลขที่ .....  
 สถานที่ชื่อ ..... ตั้งอยู่เลขที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน .....  
 หมู่ที่ ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
 โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... e-mail .....  
 ชื่อตำแหน่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ ..... ชื่อและปริมาณของสารสำคัญที่ออกฤทธิ์ต่อน้ำยา ..... ขนาดบรรจุ .....  
 ชื่อผู้ผลิตและแหล่งผลิต.....

วัน เดือน ปี	จำหน่ายให้แก่			เลขที่/ รุ่นที่/ครั้งที่ผลิต	จำนวน/ปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ กัญชา (หน่วย.....)*			
	ชื่อผู้รับยา	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน /หนังสือเดินทาง/บัตรประจำตัวรัฐวิสาหกิจที่ทางราชการออกให้ **	อายุ (ปี)		ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ
รวม								

(ลายมือชื่อ) ..... (ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินกิจการ)

หมายเหตุ : (๑) \* ระบุหน่วย เช่น กรณีนำ้าให้ระบุเป็น “มิลลิลิตร” หรือ กรณียาเม็ดให้ระบุเป็น “เม็ด” หรือ “แคปซูล” ฯลฯ

(๒) \*\*กรณีสัตว์ป่วยให้ระบุเลขที่บัตรประจำตัวประชาชนของเจ้าของสัตว์

(๓) ให้ขึ้ดใจความที่ไม่ต้องการออก

แบบ ร.ย.ส. ๕ – จพ (กัญชา)/เดือน

รายงานยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เอพาคัลญา ประจำเดือน..... พ.ศ. ....

สำหรับผู้รับอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เอพาคัลญา เพื่อการ**นำบัดรักษาผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์**

ชื่อผู้รับอนุญาต..... ใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เอพาคัลญา ที่ .....  
 สถานที่ขอ ..... ตั้งอยู่เลขที่ ..... ตروع/ซอย ..... ถนน .....  
 หมู่ที่ ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
 โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... e-mail .....  
 ชื่อตำแหน่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ ..... ชื่อและปริมาณของสารสำคัญที่ออกฤทธิ์ต่อน้ำ屋 ..... ขนาดบรรจุ .....  
 ชื่อผู้ผลิตและแหล่งผลิต.....

วัน เดือน ปี	จำหน่ายให้แก่			เลขที่/รุ่นที่/ ครั้งที่ผลิต	จำนวน/ปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ กัญชา (หน่วย.....)*			
	ชื่อผู้รับยา	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน /หนังสือเดินทาง/บัตรประจำตัวอื่น ที่ทางราชการออกให้**	อายุ (ปี)		ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ
รวม								

(ลายมือชื่อ) ..... (ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินกิจการ)

หมายเหตุ : (๑) \* ระบุหน่วย เช่น กรณีน้ำ้ให้ระบุเป็น “มิลลิลิตร” หรือ กรณียาเม็ดให้ระบุเป็น “เม็ด” หรือ “แคปซูล” ฯลฯ

(๒) \*\*กรณีสัตว์ป่วยให้ระบุเลขที่บัตรประจำตัวประชาชนของเจ้าของสัตว์

(๓) ให้ข้อมูลความที่ไม่ต้องการออก

รายงานยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชา ประจำปี พ.ศ. ....

สำหรับผู้รับอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชา เพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยในทางการแพทย์

ชื่อผู้รับอนุญาต..... ในอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชา ที่ .....

สถานที่ชื่อ ..... ตั้งอยู่เลขที่ ..... ครอบฯ/ซอย ..... ถนน .....

หมู่ที่ ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... e-mail .....

ชื่อตัวรับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕..... ชื่อและปริมาณของสารสำคัญที่ออกฤทธิ์ต่อน้ำยา ..... ขนาดบรรจุ .....

ชื่อผู้ผลิตและแหล่งผลิต..... เลขที่/รุ่นที่/ครั้งที่ผลิต.....

สรุปชื่อตัวรับยาเสพติดให้โทษ ในประเภท ๕	จำนวนผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วย ที่ใช้กัญชา	จำนวน/ปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ กัญชา (หน่วย.....)*			
		ยอดยกมา	รับ	จ่าย	คงเหลือ

(ลายมือชื่อ) ..... (ผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินกิจการ)

หมายเหตุ : (๑) \* ระบุหน่วย เช่น กรณีนำเข้าให้ระบุเป็น “มิลลิลิตร” หรือ กรณียาเม็ดให้ระบุเป็น “เม็ด” หรือ “แคปซูล” ฯลฯ

(๒) ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก