

| |
|---|
| เลขรับที่..... |
| วันที่..... |
| ลงชื่อ.....ผู้รับรายงาน (สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก) |

รายงานการขายเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๖ (๓)

แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ประจำปี พ.ศ.

ชื่อผู้รับอนุญาต.....
 ชื่อสถานที่ขายเครื่องมือแพทย์.....ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ที่.....
 อยู่เลขที่.....ต.รอก/ซอย.....ถนน.....
 หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เลขหมายโทรศัพท์.....

| ลำดับที่ | ใบอนุญาตที่ (๑) | ชื่อเครื่องมือแพทย์ | ชื่อผู้ผลิต และแหล่งผลิต | ชื่อผู้ซื้อ (๒) | จำนวน /ปริมาณที่ขาย | มูลค่า การขาย | หมายเหตุ |
|----------|-----------------|---------------------|-----------------------------|-----------------|------------------------|------------------|----------|
| | | | | | | | |

หมายเหตุ (๑) ให้ระบุเลขที่ใบอนุญาตของเครื่องมือแพทย์ที่ขาย (ลายมือชื่อ).....ผู้รับอนุญาต
 (๒) ให้ระบุชื่อผู้ซื้อกรณีเป็นสถานพยาบาล หรือผู้ซื้อที่เป็นสถานที่ขาย (.....)
 หรือแหล่งที่ไม่ใช่ผู้ใช้เครื่องมือแพทย์นั้นโดยตรง