

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

รายงานการผลิตเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๖ (๑) (ก)

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

ชื่อผู้รับอนุญาต.....  
 ชื่อสถานที่ผลิตเครื่องมือแพทย์.....ใบอนุญาตประกอบกิจการ.....  
 อยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....  
 หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เลขหมายโทรศัพท์.....

ลำดับที่	ใบอนุญาตที่	ชื่อเครื่องมือแพทย์	จำนวน/ปริมาณที่ผลิต	มูลค่าการผลิต	หมายเหตุ

(ลายมือชื่อ).....ผู้รับอนุญาต

(.....)