แบบลงทะเบียนสถานพยาบาลผู้ขอซื้อวัตถุเสพติด

1) รหัสอ้างอิง (ไม่ต้องกรอก)
2) ***ประเภทสถานพยาบาล/หน่วยงาน (เลือกเพียง 1 ข้อเท่านั้น)**
   - ■ หน่วยงานของรัฐ
     - ○ สถานพยาบาลของรัฐ
     - ○ สถานพยาบาลทันตกรรม
     - ○ สถานพยาบาลสัตว์
     - ○ อื่นๆ (โปรดระบุ)
   - ■ หน่วยงานของเอกชน
     - ○ โรงพยาบาลเอกชน
     - ○ คลินิก
     - ○ สถานพยาบาลทันตกรรม
     - ○ สถานพยาบาลสัตว์
     - ○ บริษัท
     - ○ อื่นๆ (โปรดระบุ) .....
3) ***ชื่อองค์กร/หน่วยงาน/สถานพยาบาล (ภาษาไทย)**

   .....
4) เลขประจำตัวผู้เสียภาษี (13 หลัก) (ถ้ามี)

   .....
5) สาขาของกรมสรรพกรตาม ภ.พ.20 (5 หลัก) (ถ้ามี)

   .....

   ** กรุณาส่งเอกสาร ภพ. 20 มาให้เงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด

6) ***ชื่อผู้ดำเนินกิจการ**

   .....
7) เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนผู้ดำเนินกิจการ

   .....
8) ***ที่อยู่ตามใบอนุญาต**. เลขที่

   .....
9) อาคาร

   .....
10) ชั้น

   .....

11) ถนน

.....

12) ซอย

.....

13) ***ตำบล/แขวง**

.....

14) ***อำเภอ/เขต**

.....

15) ***จังหวัด**

.....

16) ***รหัสไปรษณีย์**

.....

17) เบอร์ติดต่อ

.....

18) ***เบอร์มือถือ (สำหรับการส่ง SMS แจ้งปัญหาคำขอซื้อ หรือ แจ้งผลอนุมัติ)**

.....

19) ***เวลาทำการ**.....ถึง.....

20) ***จำนวนเตียง**

.....

21) ***เป็นสถานพยาบาลบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดให้โทษหรือไม่ (ถ้าใช่กรุณาตอบข้อถัดไป ถ้าไม่ใช่ข้ามข้อนั้นไป)**

o ใช่ o ไม่ใช่

22) เป็นสถานพยาบาลที่เข้าโครงการใช้เมทาโดน<u>**ระยาว**</u>หรือไม่

o ใช่ o ไม่ใช่

23) ***คำนำหน้า (ผู้ประสานงาน)**

.....

24) ***ชื่อ (ผู้ประสานงาน)**

.....

25) ***นามสกุล (ผู้ประสานงาน)**

.....

26) ***เบอร์ติดต่อ (ผู้ประสานงาน)**

.....

27) โทรสาร (ผู้ประสานงาน)

.....

28) อีเมล (ผู้ประสานงาน)

.....

29) ***คำนำหน้า (ผู้ประสานงานด้านบัญชีการเงิน)**

.....

30) ***ชื่อ (ผู้ประสานงานด้านบัญชีการเงิน)**

.....

31) ***นามสกุล (ผู้ประสานงานด้านบัญชีการเงิน)**

.....

32) เบอร์ติดต่อ (ผู้ประสานงานด้านบัญชีการเงิน)

.....

33) โทรสาร (ผู้ประสานงานด้านบัญชีการเงิน)

.....

34) อีเมล (ผู้ประสานงานด้านบัญชีการเงิน)

.....

*** หมายถึง จำเป็นต้องกรอกข้อมูลให้**