แบบตรวจรายการความครบถ้วนของฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ชื่อสถานประกอบการ ..... ชื่อผู้ประกอบการ .....

ที่ตั้ง ..... อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ว/ด/ป ที่ตรวจ .....

ลำดับที่	ชื่อภาษาไทย(ระบุ)	ประเภท			* เลขทะเบียนตำรับยา/Reg.no.> ยา * เลขจดแจ้ง > เครื่องสำอาง *เลขที่จดแจ้ง>อาหาร (ระบุ)	ปริมาณ (ระบุ)	วิธีใช้ ✓✘	ส่วนประกอบ ✓✘	ครั้งที่ผลิต (ระบุ)	ว/ด/ป ที่ผลิต (ระบุ)	ว/ด/ป ที่หมดอายุ (ระบุ)	โอ้อวด (ถ้ามีให้ถ่ายภาพข้อความ) ✓✘	ลักษณะผลิตภัณฑ์ (ครีม,ผง,..)	ใช้กับร่างกายส่วนใด (ระบุ)	ผู้ผลิต ✓✘	ผู้นำเข้า ✓✘	ผู้ผลิต(กรณีไม่ครบถ้วนให้ระบุตามรายละเอียดที่พบ)	สถานะเลขที่อนุญาต			
		ยา	เครื่องสำอาง	อาหาร														อนุญาต	หมดอายุ	สิ้นสภาพ	ไม่ตรง