

บันทึกคำให้การ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำให้การของ.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เรื่อง.....

ต่อหน้า.....

ข้อ ๑. ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....

เป็น.....ของสถานที่.....ชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

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

โทรศัพท์.....เขตสถานีตำรวจ.....สถานที่ใกล้เคียง.....

ข้อ ๒. ข้าพเจ้าขอให้การว่า.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ถ้อยคำ

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่

บันทึกคำให้การของ.....(ต่อ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อ ๓ การให้การของข้าฯ พนักงานเจ้าหน้าที่มิได้ทำการใดซึ่งเป็นการให้คำมั่นสัญญาชู้เชียว หลอกหลวง
ทรมาณ หรือใช้กำลังบังคับ หรือกระทำโดยมิชอบประการใดๆ เพื่อจูงใจให้ข้าฯ ให้การแต่อย่างใด ขณะให้การ
ข้าฯ มีสติสัมปชัญญะดี

ข้อ ๔ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำให้การของข้าพเจ้าให้การด้วยความสมัครใจและเป็นความจริง และ
ในการนี้ พนักงานเจ้าหน้าที่มิได้ทำให้ทรัพย์สินของผู้ใดผู้หนึ่งเสียหายหรือสูญหายแต่อย่างใด

ข้อ ๕ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าพนักงานเจ้าหน้าที่ได้กระทำไปตามอำนาจหน้าที่ มิได้เรียกรับหรือยอมจะ
รับทรัพย์สินของผู้ใดผู้หนึ่งมาเป็นของตนหรือบุคคลอื่น มิได้บังคับชู้เชียวหรือทำร้ายร่างกาย หรือได้ทำให้
ทรัพย์สินของผู้ใดผู้หนึ่งที่อยู่ในที่นี้สูญหายหรือเสียหายหรือยึดเอามาเป็นส่วนตัวแต่อย่างใด

ข้อ ๖ ข้าพเจ้าได้อ่านโดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่าถูกต้องและจะปฏิบัติตามที่ได้ให้ถ้อยคำไว้ทุก
ประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....ผู้ให้ถ้อยคำ
(.....)

ลงชื่อพนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อพนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อพนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)