

บันทึกการแจ้งและรับแจ้งความนำจับ

เลขที่...../.....

ทำขึ้นที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....ได้รับแจ้งความนำจับจาก.....

อายุ.....ปี บัตรประจำตัวประชาชน/ใบอนุญาตขับรถยนต์/รถจักรยานยนต์ เลขที่.....

ที่อยู่ตามบัตรประจำตัวประชาชน

บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ถนน.....

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

ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้(ตามบัตรประจำตัวประชาชน)

บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ถนน.....

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

โทร.....ว่ามีการกระทำความผิดนี้.....

.....

.....

.....

.....

อันอาจเป็นความผิดตามกฎหมายว่าด้วย

ยา อาหาร เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ วัตถุอันตราย ยาเสพติด/วัตถุออกฤทธิ์

เหตุเกิดที่.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น. จึงขอให้ดำเนินการจับกุม

ผู้กระทำความผิดดังกล่าว

ผู้แจ้งความนำจับได้มอบ.....

.....

ให้เป็นหลักฐานในการดำเนินการตรวจสอบของพนักงานเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....

(.....)

ลายมือชื่อผู้แจ้งความนำจับ

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าหน้าที่รับเรื่องร้องเรียน

หมายเหตุ บันทึกการแจ้งและรับแจ้งความนำจับได้จัดทำเป็นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน โดยมอบให้ผู้แจ้งความนำจับ และผู้รับแจ้งความนำจับเก็บไว้ฝ่ายละ 1 ฉบับ

ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มีอำนาจรับแจ้งความนำจับ ขอรับรองว่า

ข้อความตามที่บันทึกไว้ข้างต้นนี้ถูกต้องตามความเป็นจริง

หมายเหตุ ติดตามผลการตรวจสอบได้ที่เจ้าหน้าที่.....

ลงชื่อ.....

โทร. 034-518106

(.....)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๑. ถ้าหากมีค่าปรับสืบเนื่องจากการแจ้งความนำจับนี้ ผู้แจ้งความนำจับประสงค์อย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้ ทั้งนี้หากท่านไม่สะดวกมารับเงินสินบนด้วยตนเอง โปรดเลือกให้โอนเงินสินบนเข้าบัญชีธนาคารของท่าน

มา / ไม่มา รับเงินสินบนด้วยตนเอง หรือผู้รับมอบอำนาจจากแจ้งความนำจับ หรือ

ให้โอนเงินสินบนเข้าบัญชีธนาคารของผู้แจ้งความนำจับ โดยหักธรรมเนียมหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดในการโอนจากเงินสินบนดังกล่าว โดยได้แนบหลักฐานสำเนาหน้าบัญชีธนาคารของผู้แจ้งความนำจับพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องมาด้วยแล้ว และให้กรอกรายละเอียดในแบบคำขอรับเงินผ่านธนาคารตามที่แนบท้ายแบบ น.จ. ๑ นี้

๒. การแจ้งความนำจับนี้ผู้แจ้งความนำจับ มี / ไม่มี ความต้องการหลักฐานที่มอบไว้ให้กับเจ้าหน้าที่ดำเนินการตรวจสอบคืน เว้นแต่หลักฐานดังกล่าวไม่สามารถคืนได้ เนื่องจากมีความจำเป็นต้องใช้ไปในกรณีใดๆ เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบนั้นของหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง หรือหลักฐานดังกล่าวเป็นของเนาเสียหายโดยสภาพ

๓. การแจ้งความนำจับนี้ ไม่เป็นการตัดสิทธิผู้แจ้งความนำจับ ในการร้องเรียนต่อหน่วยงานอื่น และการใช้สิทธิของตนเองทางศาล

ลงชื่อ.....
(.....)

ลายมือชื่อผู้แจ้งความนำจับ

แบบคำขอรับเงินผ่านธนาคาร

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

บุคคลธรรมดา

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

บัตร.....เลขที่.....

วันที่ออกบัตร.....วันที่หมดอายุ.....เลขประจำตัวผู้เสียภาษี.....

นิติบุคคล

ข้าพเจ้า.....ชื่อจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล

มีสำนักงานใหญ่อยู่เลขที่.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....เลขที่ประจำตัวผู้เสียภาษี.....

โดย.....ผู้มีอำนาจลงนามผูกพันนิติบุคคลปรากฏตามหนังสือรับรอง

ของสำนักงานทะเบียนหุ้นส่วนบริษัท.....ลงวันที่.....

และมีหนังสือมอบอำนาจลงวันที่.....

มีความประสงค์ให้.....สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี.....โอนเงินค่า.....เงินสินบน.....

จำนวน.....บาท ตัวอักษร

ตามสัญญา/ใบสั่งซื้อสั่งจ้างเลขที่.....ลงวันที่.....

เข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

ทั้งนี้ หากมีค่าธรรมเนียมหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดที่ธนาคารเรียกเก็บ ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินดังกล่าวจากเงินที่จะได้รับ

จากทางราชการ และพร้อมที่จะจัดส่งใบเสร็จรับเงินให้ภายในวันที่ 15 นับแต่วันที่โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

หมายเหตุ 1 จำนวนเงินสินบนให้กลุ่มกฎหมายอาหารและยาเป็นผู้ระบุ เมื่อมีการเปรียบเทียบปรับความผิดแล้ว

2 แบบคำขอรับเงินผ่านธนาคารตามหนังสือกระทรวงการคลังด่วนที่สุด ที่ กค 0530.1/ว.143

ลงวันที่ 22 ธันวาคม 2543