



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Department of Health Service Support

บันทึกการให้ถ้อยคำ
กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

สถานที่บันทึก.....

วันที่.....

บันทึกการให้ถ้อยคำของ.....

เรื่อง.....

ต่อหน้า.....

ข้อ ๑ ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

สัญชาติ.....ศาสนา.....อาชีพ.....

บ้านเลขที่.....หมู่/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....เกี่ยวข้องกับเรื่องในฐานะเป็น.....

ของ.....สถานที่สะดวกในการติดต่อ.....

สถานที่ใกล้เคียง.....โทรศัพท์.....

ข้อ ๒ ข้าพเจ้าขอให้การว่า.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(ใบต่อ)

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อ ๓ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การให้ถ้อยคำของข้าพเจ้าเป็นไปด้วยความสมัครใจและเป็นความจริงทุกประการ

ข้อ ๔ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า พนักงานเจ้าหน้าที่ดังกล่าวข้างต้น ไม่ได้ทำให้ทรัพย์สินของสถานที่แห่งนี้เสียหายแต่ประการใด

ข้อ ๕ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า จะปฏิบัติตามที่ได้ให้ถ้อยคำไว้แล้วทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....ผู้ให้ถ้อยคำ
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)