

บันทึกคำให้การผู้กระทำความผิด

คดีที่...../..... สถานที่.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....  
อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทร.....  
เจ้าหน้าที่ได้แจ้งว่าข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....เป็นผู้กระทำความผิดตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ มาตรา.....ในข้อหา.....  
.....ซึ่งมีโทษตามมาตรา.....ต้องระวางโทษ.....  
.....เหตุเกิด เมื่อวันที่.....ณ.....(สถานที่เกิดเหตุ)  
.....

ข้าพเจ้ารับทราบแล้ว

- [ ] (๑) ข้าพเจ้าขอให้การรับสารภาพว่ากระทำความผิดจริง และยินยอมให้ผู้มีอำนาจเปรียบเทียบคดี ทำการเปรียบเทียบปรับตามที่เห็นสมควร
  - [ ] (๒) ข้าพเจ้าขอปฏิเสธว่ามีได้กระทำความผิดตามข้อกล่าวหา
- บันทึกนี้ เจ้าหน้าที่ได้อ่านให้ข้าพเจ้าฟังแล้ว รับรองว่าถูกต้อง จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....ผู้กระทำความผิด  
(.....)  
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่/ผู้บันทึก  
(.....)  
ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)