**แบบส่งต่อเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด**

แบบ ตปส. 4

เรียน .......................................................................

เรื่อง ขอส่งต่อเข้ารับบริการบำบัดรักษายาเสพติด

เนื่องจากนาย/นาง/นางสาว........................................นามสกุล.............................................อายุ...............ปี

สังกัด....................................................................................สำนัก/สำนักงานเขต.............................................................

ได้รับการตรวจคัดกรองการใช้ยาเสพติดประเภท......................................................แล้ว พบยาเสพติดในปัสสาวะ

โดยมีความประสงค์จะเข้ารับการบำบัดรักษาฯ ณ ........................................................................................ของท่าน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....................................................................

(........................................................................)

ตำแหน่ง................................................................

วัน/เดือน/ปี..........................................................

เบอร์โทรศัพท์.......................................................

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

**แบบตอบรับ**

เรียน ......................................................................

เรื่อง การรับตัวผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด

ด้วย.....................................................................ได้รับตัว..................................................................

สังกัด....................................................................................สำนัก/สำนักงานเขต.............................................................

เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดไว้เรียบร้อยแล้ว.............................................................................................................

รูปแบบการบำบัด....................................................................ระยะเวลาการบำบัด..........................................................ตั้งแต่วันที่...............................................................................

ลงชื่อ................................................................

(........................................................................)

ตำแหน่ง............................................................

วัน/เดือน/ปี.......................................................

เบอร์โทรศัพท์.............................................................