

การยินยอมเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูฯ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน

[illegible]

ที่อยู่.....

ได้รับทราบผลการตรวจสอบปีสภาวะ พบว่ามีสารเสพติด ข้าพเจ้าได้รับทราบคำอธิบายจากเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับ ประโยชน์หากข้าพเจ้าเข้าบำบัดฟื้นฟูอย่างครบถ้วนแล้ว จึงยินยอมเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ตามที่ศูนย์เพื่อการ คัดกรองกำหนดให้และยินยอมให้ติดตามดูแลภายหลังการบำบัดฟื้นฟูต่อเนื่องอีก ๑๒ เดือน

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอมเข้าบำบัดฟื้นฟู

()

ลงชื่อ..... (๑)..... (ผู้ได้รับความยินยอมเข้าบำบัดฟื้นฟู)

()

ลงชื่อ.....(๒).....(รับทราบ)

$$\left(\begin{array}{c} \vdots \\ \vdots \\ \vdots \end{array} \right)$$

ลงชื่อ.....หัวหน้าชุดปฏิบัติการ/ด่านตรวจ

ลงชื่อ.....(พยาน)

ลงชื่อ.....(พยาน)

(๑) กรณีเป็นเด็กและเยาวชนอายุไม่ถึงสิบแปดปีบริบูรณ์ ให้ผู้ปกครอง หรือ ญาติ หรือบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย “ให้ความยินยอม”

(๒) กรณีเป็นเด็กและเยาวชนอายุไม่ถึงสิบแปดปีบริบูรณ์ ไม่มีผู้ปกครอง หรือญาติ หรือบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ให้นายอำเภอในพื้นที่/ผู้อำนวยการเขต กำหนด ผู้ใหญ่บ้านในพื้นที่ ลงลายมือชื่อเพื่อ “รับทราบ”

บันทึกการส่งมอบและรับมอบสิ่งที่ยสงสัยว่าเป็นยาเสพติด

ทะเบียนส่งมอบ – รับมอบ

ที่.....

สถานที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....สมัครใจขอเข้ารับการ
บำบัดฟื้นฟูครั้งนี้ โดยได้นำสิ่งที่ยสงสัยว่าเป็นยาเสพติดที่ข้าพเจ้ามีไว้ในครอบครองมามอบให้เจ้าหน้าที่ตาม
กฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดไว้เพื่อเป็นหลักฐานคือ (รายละเอียดเกี่ยวกับสิ่งที่ยสงสัยว่าเป็นยาเสพติดให้โทษ)

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

เจ้าหน้าที่ได้ทำการตรวจสอบสิ่งที่ยสงสัยว่าเป็นยาเสพติดดังกล่าวต่อหน้าข้าพเจ้า พบว่าถูกต้อง
ตรงตามรายละเอียดที่บันทึกไว้ข้างต้นแล้ว จึงร่วมกันลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....(ผู้ส่งมอบ)

(.....)

ลงชื่อ.....(ผู้รับมอบ)

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ยินยอมเข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟู

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อศูนย์จำแนกคัดกรอง.....จังหวัด.....

ประวัติส่วนบุคคล

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว).....วัน/เดือน/ปี เกิด.....

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง สัญชาติ.....ศาสนา.....

เลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ที่อยู่ตามทะเบียนราษฎร์ เลขที่/ห้องที่.....ชื่อแฟลต.....ซอย/ถนน.....

หมู่บ้าน/ชุมชน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่/ห้องที่.....ชื่อแฟลต.....ซอย/ถนน.....

หมู่บ้าน/ชุมชน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ แยกกันอยู่ ☐ หย่า ☐ หม้าย

สำเร็จการศึกษาสูงสุดชั้น ☐ ไม่มีการศึกษา ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น

☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร

☐ ปริญญาตรีขึ้นไป ☐ การศึกษาทางศาสนา ☐ การศึกษาอื่นๆ ระบุ.....

กำลังศึกษาอยู่ในระดับ.....

อาชีพปัจจุบัน ☐ อาชีพหลัก ระบุ.....

☐ อาชีพเสริม ระบุ.....

☐ ว่างาน ☐ นักเรียน/นักศึกษาระดับชั้น.....สถานศึกษา.....

☐ อื่นๆ ระบุ.....

รายได้เฉลี่ย/เดือน.....บาท

บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยกัน ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ คู่สมรส ☐ บุตร ☐ ญาติ
☐ เพื่อน ☐ อยู่คนเดียว ☐ อื่นๆ ระบุ.....

ประวัติการใช้ยาเสพติด

ใช้ยาเสพติดครั้งแรกอายุ..... ปี ชนิดยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก.....ยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน.....

สาเหตุสำคัญที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก (ระบุ 1 ข้อ) ☐ เพื่อนชวน ☐ ยากลอง ☐ ความสนุกสนาน
☐ ทำให้หายป่วย ☐ ไม่สบายใจ ☐ ช่วยงานอาชีพ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ

การรักษาโรคที่ใช้ประจำ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ

ผลการจำแนก ☐ ผู้เสพ ☐ ผู้ติด ☐ ผู้ติดรุนแรง

☐ มีโรคแทรกซ้อนทางกาย ☐ มีโรคแทรกซ้อนทางจิต

☐ เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูตามประกาศ คสช.ที่ ๑๐๘/๒๕๕๗ จำนวน.....ครั้ง

รูปแบบการบำบัดฟื้นฟู

☐ สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่.....(๑).....

☐ ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่.....(๒).....

ระยะเวลา.....วัน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

☐ การรักษาโรคร่วมทางกายและทางจิต ที่.....(๓).....

ลงชื่อ.....(ผู้คัดกรอง)

()

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....(ผู้ยินยอมเข้ารับบำบัดฟื้นฟู)

()

ผู้นิยมนยอมรับการบำบัดฟื้นฟูจะต้องไปรายงานตัวภายในระยะเวลาดังนี้

- ๑) สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภายใน ๑๐ วันนับจากวันที่คัดกรอง
- ๒) ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามวันที่กำหนดในแบบคัดกรอง

*การคัดกรองให้ใช้แบบคัดกรองของกระทรวงสาธารณสุข

- (๑) ชื่อสถานพยาบาลที่ส่งต่อให้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู
- (๒) ชื่อค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- (๓) ชื่อสถานพยาบาลที่ส่งต่อเข้ารับการรักษาอาการทางกายหรืออาการทางจิต

ทะเบียนผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม.....(๑).....

จัดทำทะเบียนประวัติโดยการสัมภาษณ์ผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู

วันที่เข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตั้งแต่วันที่.....ถึง วันที่.....

รุ่น...../ลำดับที่.....

ประวัติส่วนบุคคล

ชื่อ-สกุล.....วัน/เดือน/ปี เกิด.....อายุ.....ปี

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง สัญชาติ.....ศาสนา.....

เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ตามทะเบียนราษฎร เลขที่/ห้องที่.....ชื่อแฟลต.....ซอย/ถนน.....

หมู่บ้าน/ชุมชน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่/ห้องที่.....ชื่อแฟลต.....ซอย/ถนน.....

หมู่บ้าน/ชุมชน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ แยกกันอยู่ ☐ หย่า ☐ หม้าย

สำเร็จการศึกษาสูงสุดชั้น ☐ ไม่มีการศึกษา ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น

☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร

☐ ปริญญาตรีขึ้นไป ☐ การศึกษาทางศาสนา ☐ การศึกษาอื่นๆ ระบุ.....

กำลังศึกษาอยู่ในระดับ.....

อาชีพปัจจุบัน ☐ อาชีพหลักระบุ..... ☐ อาชีพเสริม.....

☐ ว่างาน ☐ นักเรียน/นักศึกษาระบุระดับชั้น.....สถานศึกษา.....

☐ อื่นๆ ระบุ.....

รายได้เฉลี่ย/เดือน.....บาท

บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยกัน ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ คู่สมรส ☐ บุตร ☐ ญาติ

☐ เพื่อน ☐ อยู่คนเดียว ☐ อื่นๆ ระบุ.....

ประวัติการใช้ยาเสพติด

ใช้ยาเสพติดครั้งแรกอายุ..... ปี ชนิดยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก.....ยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน.....

สาเหตุสำคัญที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก (ระบุ 1 ข้อ) ☐ เพื่อนชวน ☐ อยากลอง ☐ ความสนุกสนาน

☐ ทำให้หายป่วย ☐ ไม่สบายใจ ☐ ช่วยงานอาชีพ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

ข้อสังเกต

.....

ลงชื่อ.....ผู้สัมภาษณ์

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(๑) ชื่อค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ผลการบำบัดฟื้นฟู

☐ บำบัดฟื้นฟูครบโปรแกรม

☐ บำบัดฟื้นฟูไม่ครบโปรแกรม

☐ ส่งต่อไปเข้าฟื้นฟูในสถานพยาบาล.....

☐ ออกจากการบำบัดฟื้นฟูก่อนครบกำหนด

แบบสำรวจผู้ประสงค์ขอรับความช่วยเหลือ

แบบสำรวจนี้มีประโยชน์สำหรับท่านโดยช่วยประกอบการวางแผนเพื่อให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ
เช่น ด้านการฝึกอาชีพ/การมีงานทำ ด้านการศึกษา ด้านเงินทุนสนับสนุน หรือด้านอื่นๆ

ชื่อค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/สถานพยาบาล.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ คู่ ☐ หย่า ☐ หม้าย ☐ แยกกันอยู่

ระดับการศึกษาสูงสุด..... จาก.....

อาชีพปัจจุบัน ☐ ๑. อาชีพหลักระบุ..... อาชีพเสริม(ถ้ามีระบุ).....

☐ ๒.ว่างงาน

☐ ๓. นักเรียน/นักศึกษาาระบุดัชนี.....สถานศึกษา.....

☐ อื่นๆ ระบุ.....

ความต้องการช่วยเหลือ

☐ ไม่ต้องการ เนื่องจาก.....

☐ ต้องการ ในด้าน

☐ การศึกษา ระบุ.....

☐ อาชีพ ระบุ.....

☐ อื่นๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าหน้าที่ประจำค่าย/สถานพยาบาล

หนังสือรับรองเป็นผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูและส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

ลำดับเลขที่หนังสือ...../.....

คำยปรบัเปลี่ยนฯ/สถานพยาบาล.....

ที่ ๓๖

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ชื่อ) สถานพยาบาล/ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม.....

ขอรับรองว่านาย/นาง/นางสาว..... อายุ..... ปี

เลขประจำตัวประชาชน

[illegible]

อยู่บ้านเลขที่/ห้องที่ ชื่อแฟลต..... ซอย/ถนน.....

หมู่บ้าน/ชุมชน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....

และได้ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดแล้ว สมควรส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

๑๒ เดือน โดยให้รายงานตัว ณ ศูนย์ประสานการดูแลช่วยเหลือ.....(๑).....

ภายในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....จึงขอออกหนังสือรับรองไว้เพื่อเป็นหลักฐาน

ให้ไว้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงนาม).....

(.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการฝ่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ผู้อำนวยการสถานพยาบาล

(ลงนาม).....ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู

(.....)

ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูต้องไปรายงานตัวที่ศูนย์ประสานการดูแลช่วยเหลือที่กำหนด
ภายในระยะเวลา ๑๐ วัน นับจากวันที่ออกหนังสือรับรอง

(๑) ชื่อศูนย์ประสานการดูแลช่วยเหลือ

ผลการติดตามผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู

แบบการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังการบำบัดฟื้นฟู
ควรสัมภาษณ์ผู้รับบริการต่อหน้า ดังนี้

ชื่อ - สกุล (ผู้รับบริการ)

อายุ ปี

เลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ที่อยู่ตามทะเบียนราษฎร์ เลขที่ หมู่ที่ ซอย..... ถนน

หมู่บ้าน/ชุมชน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เลขที่ หมู่ที่ ซอย..... ถนน

หมู่บ้าน/ชุมชน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์

ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับใคร

☐ บิดา ☐ มารดา ☐ คู่สมรส ☐ บุตร ☐ ญาติ ☐ เพื่อน

☐ อยู่คนเดียว ☐ อื่นๆ ระบุ

เบอร์โทรศัพท์ ๑. (ผู้รับบริการ)

๒. (ญาติ)

โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ

ยารักษาโรคที่ใช้ประจำ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ

เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการชื่อ.....อายุ.....ปี

ที่อยู่.....

.....

.....

เบอร์โทรศัพท์.....

โปรแกรมการติดตามดูแลต่อเนื่อง

โดยวิธีการติดตาม ๑. เยี่ยมบ้าน

๒. สัมภาษณ์ผู้รับบริการ

๓ สัมภาษณ์ญาติ

โปรดทำเครื่องหมาย ☒ เมื่อทำการติดตามในแต่ละครั้ง

การติดตามดูแลต่อเนื่องครั้งที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. สถานะของผู้รับบริการ

☐ ไม่พบ เนื่องจาก

☐ ย้ายที่อยู่ กรอกที่อยู่ใหม่ เลขที่ หมู่ที่ ซอย.. ..

ถนน หมู่บ้าน/ชุมชน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์

☐ เปลี่ยนที่ทำงาน ☐ ถูกจับ ☐ เสียชีวิต ☐ ติดตามไม่ได้ ☐ อื่นๆ ระบุ

☐ พบ

☐ ไม่เสพ

☐ เสพ () ใช้ ๑ - ๒ ครั้งต่อสัปดาห์ () ใช้มากกว่า ๒ ครั้งต่อสัปดาห์

☐ ส่งต่อบำบัด ☐ สาธารณสุข

☐ ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

☐ บังคับบำบัด

๒. สภาพร่างกาย

☐ แข็งแรง ☐ อ่อนแอ ☐ เจ็บป่วย/ทรุดโทรม

๓. สภาพจิตใจ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

☐ ปกติ ☐ ซึมเศร้า/แยกตัว ☐ ก้าวร้าว

☐ หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล ☐ หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน

๔. สัมพันธภาพในครอบครัว

☐ ยอมรับ ☐ ไม่ยอมรับ

๕. สัมพันธภาพในชุมชน

☐ ยอมรับ ☐ ไม่ยอมรับ

๖. สถานะการศึกษา

☐ กำลังศึกษาอยู่ ระดับ..... ปีที่ สถานศึกษา

☐ จบการศึกษา

☐ ไม่ได้เรียน

๗. สถานะการประกอบอาชีพ

☐ มีอาชีพ คือ

☐ ข้าราชการ ☐ รัฐวิสาหกิจ ☐ ทหาร/ตำรวจ

☐ พนักงานบริษัทเอกชน ☐ พนักงานโรงแรม

☐ รับจ้าง ☐ ผู้ใช้แรงงาน ☐ การค้าขาย

☐ การเกษตร ☐ การคมนาคม ☐ นักบวช

☐ อื่นๆ

☐ว่างงาน

๘. ความต้องการความช่วยเหลือ

☐ ไม่ต้องการ เนื่องจาก ☐ มีงานทำ ☐ เรียน/ศึกษาต่อ ☐ อื่นๆ

☐ ต้องการ

☐ การศึกษา ระบุ.....

☐ จัดหางานให้ทำ ระบุ.....

☐ การฝึกทักษะ/พัฒนาฝีมืออาชีพ ระบุ.....

☐ เงินทุนประกอบอาชีพ ระบุ.....จำนวนเงิน.....บาท

☐ รักษาสุขภาพ ระบุ.....

☐ อื่นๆ ระบุ

๙. การได้รับความช่วยเหลือ

☐ ยังไม่ได้รับความช่วยเหลือ

☐ ได้รับความช่วยเหลือแล้ว คือ

☐ จัดการศึกษาให้ ระบุ.....วัน/เดือน/ปี.....

☐ จัดหางานให้ทำ ระบุ.....วัน/เดือน/ปี.....

☐ ฝึกทักษะ/พัฒนาฝีมืออาชีพ ระบุ.....วัน/เดือน/ปี.....

☐ ให้ทุนประกอบอาชีพ ระบุ.....จำนวนเงิน.....บาท วัน/เดือน/ปี.....

☐ ส่งต่อเข้ารับการรักษาสภาพ ระบุ.....วัน/เดือน/ปี.....

☐ อื่นๆ ระบุ.....วัน/เดือน/ปี.....

๑๐. พฤติกรรมความเสี่ยง (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

☐ ไม่พบพฤติกรรมเสี่ยง ☐ มีแนวโน้มใช้ยาเสพติดมากขึ้น ☐ ทะเลาะวิวาทกับคนในครอบครัว

☐ ขาดเรียน/หยุดงาน ☐ ก่ออาชญากรรม จี้ปล้น ชิงทรัพย์ ทำร้ายร่างกายผู้อื่น

☐ อื่นๆ ระบุ

๑๑. ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ (สำหรับผู้ที่ทำหน้าที่ติดตาม)

.....

.....

.....

บันทึกผลการตรวจปีสวาระ

สถานที่บันทึก.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บันทึกฉบับนี้ ทำขึ้นเพื่อเป็นหลักฐานว่า ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....
อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ที่อยู่ปัจจุบัน.....
ยินยอมให้เจ้าพนักงานตำรวจ/ฝ่ายปกครอง/เจ้าพนักงาน ป.ป.ส. นำโดย.....

ซึ่งเป็นเจ้าพนักงาน ป.ป.ส. หมายเลขบัตรประจำตัว.....ทำการตรวจหาสารเสพติด
ในปีสวาระ โดยข้าพเจ้ายินยอมมอบตัวอย่างปีสวาระให้ไปตรวจด้วยความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง โดยมี นาย/
นาง/นางสาว/.....อายุ..... ปี ที่อยู่.....

ซึ่งเป็น

☐ หัวหน้าชุดปฏิบัติการ /ด้านตรวจ ร่วมเป็นพยานในการตรวจไว้ด้วย

☐ เจ้าของสถานบริการ ผู้จัดการผู้ดูแลสถานที่ ร่วมเป็นพยานในการตรวจไว้ด้วย

อนึ่ง ในการตรวจหาสารเสพติดในปีสวาระและขอปีสวาระไปตรวจในครั้งนี้ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกนาย
ได้กระทำการตามอำนาจหน้าที่โดยมิได้บังคับ ชูขึ้น ส่อลงหรือให้สัญญาใดๆ แต่อย่างใด มิได้ทำร้ายร่างกาย
ผู้หนึ่งผู้ใดให้ได้รับอันตรายแก่กาย หรือจิตใจแต่อย่างใด มิได้ทำให้ทรัพย์สินของผู้ใดเสียหาย สูญหายเสื่อมค่า
หรือไร้ประโยชน์แต่อย่างใด มิได้เรียกเอาทรัพย์สินของผู้ใดมาเป็นประโยชน์ส่วนตนหรือบุคคลที่สามแต่อย่างใด
อ่านให้ฟังรับว่าถูกต้องตามความเป็นจริง จึงลงลายมือชื่อไว้เพื่อเป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....เจ้าของปีสวาระ/ยินยอมให้ตรวจฯ

(ลงชื่อ).....หัวหน้าชุดปฏิบัติการด้านตรวจ/เจ้าของสถานบริการผู้ดูแล(พยาน)

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจ

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจ

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจ/บันทึก/อ่าน

ผลการตรวจปีสวาระเบื้องต้น

☐ พบสารเสพติด.....

☐ ไม่พบสารเสพติด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผลการตรวจปีสวาระตามที่ปรากฏข้างต้น เจ้าหน้าที่ได้ตรวจสอบต่อหน้าข้าพเจ้าและ
เป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....เจ้าของปีสวาระ