บันทึกคำให้การ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำให้การของ.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....บัตรหมดอายุ.....

เรื่อง.....

ต่อหน้า.....

ข้อ 1. ข้าพเจ้า..... อายุ .....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....

เป็น..... ของสถานที่..... ชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่.....

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

โทรศัพท์ ..... สถานที่ใกล้เคียง.....เขตสถานีตำรวจ.....

ข้อ 2. ข้าพเจ้าขอให้การว่า วันนี้เวลาประมาณ ..... น. พนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ดังมีรายนามข้างต้น ได้มาแสดงตนต่อข้าพเจ้าเพื่อขอตรวจสอบสถานที่แห่งนี้ ซึ่งข้าพเจ้ารับทราบและเป็นผู้นำพนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบโดยตลอดอย่างใกล้ชิด สรุปผลการตรวจสอบได้ดังนี้

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต / ผู้รับอนุญาต / ผู้แทน

(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....พยาน ลงชื่อ.....พยาน

บันทึกคำให้การ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี (ต่อ)

บริษัท/ห้างฯ/ร้าน .....วันที่.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อ 3. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำให้การของข้าพเจ้าให้การด้วยความสมัครใจและเป็นความสัตย์จริงทุกประการ

ข้อ 4. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามที่ได้ให้ถ้อยคำไว้แล้วทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่

อนึ่ง ในการตรวจสอบของพนักงานเจ้าหน้าที่ครั้งนี้ได้กระทำไปตามอำนาจหน้าที่ มิได้เรียกรับหรือยอมจะรับทรัพย์สินของผู้หนึ่งผู้ใดมาเป็นของตนหรือบุคคลอื่น มิได้ทำให้ทรัพย์สินของผู้หนึ่งผู้ใดสูญหายหรือเสียหาย แต่ประการใด อ่านให้ฟังแล้ว หรือให้อ่านเองรับว่าถูกต้อง จึงลงนามรับรองไว้ต่อหน้าพนักงานเจ้าหน้าที่และพยานท้ายบันทึกนี้

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต / ผู้รับอนุญาต / ผู้แทน

(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....พยาน ลงชื่อ.....พยาน