

หมายเลขคิว : .....



เลขรับบริการ Ser-.....

เลขที่บริการ S .....  
เลขที่ตรวจพิสูจน์ C .....

แบบคำขอรับบริการด้านนิติวิทยาศาสตร์

กลุ่มบริหารจัดการวัตถุพยาน กองปฏิบัติการทางนิติวิทยาศาสตร์ สถาบันนิติวิทยาศาสตร์

สำหรับผู้ขอรับบริการกรอกข้อมูล (โปรดระบุให้ชัดเจน)

1. ประเภทการขอรับบริการ

- การตรวจพิสูจน์สารพันธุกรรม  การตรวจยาและสารเสพติดในเส้นผม  การตรวจพิสูจน์เอกสาร

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ขอรับบริการ

ชื่อ..... นามสกุล.....

บัตรประชาชนเลขที่ \_ - \_ - - - - - - - - -

เลขที่หนังสือเดินทาง .....

ที่อยู่ ที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่..... ซอย..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail .....

เฉพาะกรณีการตรวจพิสูจน์เอกสาร

ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ขอรับบริการกับวัตถุพยานที่ส่งตรวจ

- 1. ข้าพเจ้าได้มาซึ่งวัตถุพยานและมีการครอบครองวัตถุพยานลำดับที่ ..... ถึง ..... โดยชอบด้วยกฎหมาย
- 2. ข้าพเจ้าได้รับมอบอำนาจจากผู้ครอบครองวัตถุพยานที่ครอบครองโดยชอบด้วยกฎหมาย ซึ่งมอบอำนาจให้ข้าพเจ้ามายื่นขอรับบริการการตรวจพิสูจน์แทน\* โดยผู้ครอบครองวัตถุพยานที่ครอบครองโดยชอบด้วยกฎหมายคือ ชื่อ..... สกุ..... หมายเลขบัตรประชาชน.....

(หมายเหตุ \* กรณีการมอบอำนาจข้างต้น ผู้ขอรับบริการต้องแนบ<sup>1</sup>หนังสือยินยอมมอบวัตถุพยานจากผู้ครอบครองพร้อม<sup>2</sup>สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องของผู้ครอบครองวัตถุพยานฯ มาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ของสถาบันนิติวิทยาศาสตร์ด้วย)

3. วัตถุประสงค์ในการขอรับบริการ (โปรดระบุ สำหรับการตรวจพิสูจน์ในทุกบริการ)  
.....  
.....  
.....  
.....

ลงชื่อผู้นำส่งวัตถุพยานและหรือผู้แจ้งความประสงค์ขอรับบริการ .....



- ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบ และขอยืนยันความถูกต้องของรายการรับ-ส่งวัตถุพยานข้างต้น เป็นที่เรียบร้อยแล้ว
- ข้าพเจ้ายอมรับความเสี่ยงในการตรวจพิสูจน์วัตถุพยาน กรณีวัตถุพยานเสื่อมสภาพ หรือ เกือบจะเสื่อมสภาพซึ่งเป็นผลให้ไม่สามารถตรวจพิสูจน์วัตถุพยานตามแบบคำขอรับบริการฯ ดังกล่าวนี้ได้ และกรณีอื่นๆ ซึ่งเป็นการไม่ประสงค์ขอตรวจพิสูจน์ในภายหลังการยื่นแบบคำขอรับบริการฯ นี้ โดยจะไม่เรียกร้องขอคืนเงินค่าธรรมเนียมในการตรวจพิสูจน์ใดๆ ทั้งสิ้น
- ข้าพเจ้าไม่ได้เก็บตัวอย่าง เช่น เยื่อบุกระพุ้งแก้ม เส้นผม เป็นต้น ด้วยตนเองแต่ประสงค์ให้สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ กระทรวงยุติธรรม ดำเนินการเก็บตัวอย่างจากบุคคล และหรือสิ่งที่ข้าพเจ้านำมาพร้อมด้วยนี้
- กรณีจะนำข้อมูลที่ได้รับจากการบริการนี้ไปใช้ ข้าพเจ้าจะกระทำด้วยความระมัดระวังเป็นอย่างยิ่ง และจะนำไปใช้เมื่อมีความจำเป็นเพื่อประโยชน์ในการรักษาความสงบเรียบร้อย การดำเนินกระบวนการยุติธรรม ประโยชน์สาธารณะ และคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชน

**6. การแสดงความจำนงในการรับผลการตรวจพิสูจน์**

- ให้สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ส่งผลการตรวจพิสูจน์ไปยังหน่วยงานที่มีหนังสือขอให้ดำเนินการตรวจพิสูจน์
  - ข้าฯ ขอรับผลการตรวจด้วยตนเองเท่านั้น
  - ข้าฯ มอบอำนาจให้ ชื่อ.....นามสกุล.....หมายเลขบัตรประชาชน.....  
โทรศัพท์มือถือ..... รับผลการตรวจพิสูจน์แทนข้าฯ\*\*\*
- หมายเหตุ \*\*\* ต้องมี<sup>1</sup>หนังสือมอบอำนาจในเรื่องการมาขอรับผลการตรวจแทน พร้อม<sup>2</sup>สำเนาบัตรประชาชนที่รับรองสำเนาถูกต้องของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจมาแสดงในวันที่รับผลการตรวจพิสูจน์

**สำหรับเจ้าหน้าที่กรอกข้อมูล**

**7. สรุปรายการเอกสารที่ยื่นขอรับบริการด้านนิติวิทยาศาสตร์**

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน</li> <li><input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน (ถ้ามี)</li> <li><input type="checkbox"/> สำเนาสูติบัตรของผู้เข้ารับบริการฯ<br/>กรณีอายุไม่เกิน 7 ปี</li> <li><input type="checkbox"/> ผู้ยื่นคำขอรับบริการฯ เป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป<br/>(นับจากวันเดือนปีเกิด ในบัตรประจำตัวประชาชนจนถึงวันที่ยื่นคำขอรับบริการฯ</li> <li><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ</li> <li><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวผู้พิการ</li> <li><input type="checkbox"/> สำเนาแบบรายการภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา ภ.ง.ด.91</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> หนังสือมอบอำนาจที่ปิดอากรแสตมป์ตราสารใบมอบอำนาจ ในเรื่อง.....</li> <li><input type="checkbox"/> เอกสารอื่นๆ ที่ประกอบการยื่นคำขอรับบริการฯ จำนวน.....ฉบับ ได้แก่</li> </ul> |
|--|---|

ลงชื่อผู้นำส่งวัตถุพยาน และหรือผู้แจ้งความประสงค์ขอรับบริการ .....  
( ..... )  
วัน/เดือน/ปี .....

ผู้รับเรื่อง ..... พยาน.....  
( ..... ) ( ..... )  
วัน/เดือน/ปี ..... วัน/เดือน/ปี .....

## สรุปอัตราค่าธรรมเนียม (หักการงด หรือลด เรียบร้อยแล้ว)

## การขอรับบริการด้านนิติวิทยาศาสตร์

## สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ กระทรวงยุติธรรม

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ กระทรวงยุติธรรม ได้รับการยื่นคำขอรับบริการ จาก

นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....

 การตรวจพิสูจน์สารพันธุกรรม การตรวจยาและสารเสพติดในเส้นผม การตรวจพิสูจน์เอกสาร

รวมทั้งสิ้น.....การทดสอบ / ปัญหาเป็นจำนวนเงินรวม.....บาท

ผู้คำนวณอัตราค่าธรรมเนียม.....

( )

ผู้รับเงินค่าธรรมเนียม.....

( )

FM-EMC-074 แก้ไขครั้งที่ 06

วันที่ออกเอกสารคุณภาพ : 16 มกราคม 2562

หน้าที่ 4 จาก 4



(สำหรับ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานการเงิน)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ กระทรวงยุติธรรม ได้รับการยื่นคำขอรับบริการ จาก

นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....

 การตรวจพิสูจน์สารพันธุกรรม การตรวจยาและสารเสพติดในเส้นผม การตรวจพิสูจน์เอกสาร

รวมทั้งสิ้น.....การทดสอบ / ปัญหา เป็นจำนวนเงินรวม.....บาท

ผู้คำนวณอัตราค่าธรรมเนียม.....

( )

ผู้รับเงินค่าธรรมเนียม.....

( )

FM-EMS-074 แก้ไขครั้งที่ 01

วันที่ออกเอกสารคุณภาพ : 14 กุมภาพันธ์ 2565

หน้าที่ 4 จาก 4