

การยินยอมเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน

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

ที่อยู่.....

ได้รับทราบผลการตรวจปัสสาวะ พบว่ามีสารเสพติด ข้าพเจ้าได้รับทราบคำอธิบายจากเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับ
ประโยชน์หากข้าพเจ้าเข้าบำบัดฟื้นฟูอย่างครบถ้วนแล้ว จึงยินยอมเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ตามที่ศูนย์เพื่อการ
คัดกรองกำหนดให้และยินยอมให้ติดตามดูแลภายหลังการบำบัดฟื้นฟูต่อเนื่องอีก ๑๒ เดือน

ลงชื่อ..... ผู้ยินยอมเข้าบำบัดฟื้นฟู

()

ลงชื่อ..... (๑).....(ผู้ให้ความยินยอมเข้าบำบัดฟื้นฟู)

()

ลงชื่อ.....(๒).....(รับทราบ)

()

ลงชื่อ.....หัวหน้าชุดปฏิบัติการ/ด้านตรวจ

()

ลงชื่อ.....(พยาน)

()

ลงชื่อ.....(พยาน)

()

(๑) กรณีเป็นเด็กและเยาวชนอายุไม่ถึงสิบแปดปีบริบูรณ์ ให้ผู้ปกครอง หรือ ญาติ หรือบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย
“ให้ความยินยอม”

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