



เลขที่บริการ S.....

แบบคำขอรับบริการด้านนิติวิทยาศาสตร์

(ตาม พ.ร.บ.การให้บริการด้านนิติวิทยาศาสตร์ พ.ศ. 2559 ตามมาตรา 5 (1) (2) (3) (4))

กลุ่มบริหารจัดการวัตถุพยาน กองปฏิบัติการพิเศษทางนิติวิทยาศาสตร์ สถาบันนิติวิทยาศาสตร์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/ยศ).....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

.....

..... หมายเลขโทรศัพท์.....

เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง เลขที่.....

เป็น ผู้ขอรับบริการโดยตรง

ผู้รับมอบอำนาจ จาก ชื่อ.....

ซึ่งมอบอำนาจให้ข้าพเจ้ายื่นขอรับบริการการตรวจพิสูจน์แทน โดยได้แนบเอกสารประกอบการมอบอำนาจดังนี้

หนังสือมอบอำนาจ ดิดอากรแสดมภ์ 10 บาท

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องของผู้มอบอำนาจ

1. รายละเอียดการขอรับบริการ

การตรวจพิสูจน์สารพันธุกรรม การตรวจยาและสารเสพติดในเส้นผม การตรวจพิสูจน์เอกสาร

วัตถุประสงค์ในการขอรับบริการ.....

2. การยื่นขอรับบริการ

ดำเนินการด้วยตนเอง หน่วยงานรัฐเป็นผู้ยื่นเรื่องให้ตามความประสงค์ของข้าพเจ้า

3. รูปแบบรายงานการตรวจพิสูจน์ ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ

รับรายงานผ่านระบบ e-Service ของสถาบันนิติวิทยาศาสตร์

รับรายงานฉบับกระดาษ เนื่องจาก

4. วัตถุพยานที่เหลือจากการตรวจพิสูจน์

ไม่ประสงค์รับคืน

ประสงค์รับคืน

รับคืนด้วยตนเอง ตามที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ด้านบน

ตามที่อยู่

5. ข้อตกลงการเข้ารับบริการ

5.1 ข้าพเจ้าได้มาซึ่งวัตถุพยานและมีการครอบครองวัตถุพยานโดยชอบด้วยกฎหมาย

ใช่ ไม่ใช่

5.2 ข้าพเจ้าไม่ได้เก็บตัวอย่าง เช่น เยื่อบุกระพุ้งแก้ม เส้นผม เป็นต้น ด้วยตนเอง แต่ประสงค์ให้สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ กระทรวงยุติธรรม ดำเนินการเก็บตัวอย่างจากบุคคล และหรือสิ่งที่ข้าพเจ้านำมาพร้อมด้วยนี้

ใช่ ไม่ใช่

5.3 ข้าพเจ้ายินยอมให้สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ กระทรวงยุติธรรม ดำเนินการกับวัตถุพยานที่ขอรับการตรวจพิสูจน์ ตามระบบการให้บริการของสถาบันนิติวิทยาศาสตร์ กระทรวงยุติธรรม ต่อไป

ยินยอม ไม่ยินยอม

5.4 ข้าพเจ้ายอมรับความเสี่ยงในการตรวจพิสูจน์วัตถุพยาน กรณีวัตถุพยานเสื่อมสภาพ หรือเกือบจะเสื่อมสภาพ ซึ่งเป็นผลให้ไม่สามารถตรวจพิสูจน์วัตถุพยานตามแบบคำขอรับบริการฯ นี้ได้ และกรณีอื่นๆ ซึ่งเป็นการไม่ประสงค์ขอตรวจพิสูจน์ในภายหลังการยื่นแบบคำขอรับบริการฯ นี้ โดยจะไม่เรียกร้องขอคืนเงินค่าธรรมเนียมในการตรวจพิสูจน์ใดๆ ทั้งสิ้น

ยินยอม ไม่ยินยอม

5.5 สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ กระทรวงยุติธรรม จะไม่รับผิดชอบใดๆ ในกรณีที่ผลการตรวจพิสูจน์ไม่เป็นประโยชน์กับผู้ขอรับบริการ

ยินยอม ไม่ยินยอม

5.6 กรณีจะนำข้อมูลที่ได้รับจากการบริการนี้ไปใช้ ข้าพเจ้าจะกระทำด้วยความระมัดระวังเป็นอย่างยิ่ง และจะนำไปใช้เมื่อมีความจำเป็น เพื่อประโยชน์ในการรักษาความสงบเรียบร้อย การดำเนินกระบวนการยุติธรรม ประโยชน์สาธารณะ และคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชน และหากนำไปใช้แล้วมีผลในทางเสื่อมเสียหรือเสียหายต่อสถาบันนิติวิทยาศาสตร์ ข้าพเจ้ายินยอมที่จะรับผิดชอบตามกฎหมาย

ยินยอม ไม่ยินยอม

5.7 ข้าพเจ้ายินยอมชำระค่าธรรมเนียมฯ ให้กับสถาบันนิติวิทยาศาสตร์ ตามประกาศคณะกรรมการกำกับ การให้บริการด้านนิติวิทยาศาสตร์ เรื่องกำหนดอัตราค่าธรรมเนียม และหลักเกณฑ์ และวิธีการงดหรือลดค่าธรรมเนียมการให้บริการของสถาบันนิติวิทยาศาสตร์ พ.ศ. 2563 และ(ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2567

ยินยอม ไม่ยินยอม

5.8 สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ จะไม่คืนเงินค่าธรรมเนียมในการตรวจพิสูจน์ในทุกกรณี

ยินยอม ไม่ยินยอม

7. การคำนวณอัตราค่าธรรมเนียมการให้บริการตรวจพิสูจน์ทางด้านนิติวิทยาศาสตร์

☐ การตรวจพิสูจน์สารพันธุกรรม						
ลำดับที่	ชื่อ - นามสกุล ผู้ขอรับบริการ	ประเภทการตรวจพิสูจน์ (✓)				อัตราค่าธรรมเนียม (บาท)
		STR	Y-STR	X-STR	MT	
จำนวน.....การทดสอบ (ตัวอย่าง)						รวมเป็นเงิน.....บาท

☐ การตรวจพิสูจน์ยาและสารเสพติดในเส้นผม		
ชื่อ - นามสกุล ผู้ขอรับบริการ	ขอรับบริการตรวจพิสูจน์	อัตราค่าธรรมเนียม (บาท)
	การตรวจยาและสารเสพติดในเส้นผม	
จำนวน.....การทดสอบ (ระยะ)		รวมเป็นเงิน.....บาท

☐ การตรวจพิสูจน์พยานเอกสาร		
ชื่อ - นามสกุล ผู้ขอรับบริการ	ขอรับบริการตรวจพิสูจน์	อัตราค่าธรรมเนียม (บาท)
	การตรวจพิสูจน์พยานเอกสาร	
จำนวน.....การทดสอบ (เรื่อง)		รวมเป็นเงิน.....บาท

รวมทั้งสิ้น.....การทดสอบ (ตัวอย่าง/ระยะ/เรื่อง)

เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น (ตัวเลข).....บาท

เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น (ตัวอักษร).....

.....

.....

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

เจ้าหน้าที่ผู้แจ้งข้อมูลตัวอย่าง

เจ้าหน้าที่ผู้คำนวณอัตราค่าธรรมเนียม

สรุปอัตราค่าธรรมเนียมการขอรับบริการด้านนิติวิทยาศาสตร์

(หักการงด หรือลด เรียบร้อยแล้ว)

สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ กระทรวงยุติธรรม

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ กระทรวงยุติธรรม ได้รับการยื่นคำขอรับบริการ จาก

นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....

- การตรวจพิสูจน์สารพันธุกรรม
- การตรวจยาและสารเสพติดในเส้นผม
- การตรวจพิสูจน์เอกสาร

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

.....

.....

(.....)

(.....)

ผู้คำนวณอัตราค่าธรรมเนียม

ผู้รับเงินค่าธรรมเนียม



(สำหรับ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานการเงิน)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ กระทรวงยุติธรรม ได้รับการยื่นคำขอรับบริการ จาก

นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....

- การตรวจพิสูจน์สารพันธุกรรม
- การตรวจยาและสารเสพติดในเส้นผม
- การตรวจพิสูจน์เอกสาร

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

.....

.....

(.....)

(.....)

ผู้คำนวณอัตราค่าธรรมเนียม

ผู้รับเงินค่าธรรมเนียม

