



RÄTTSMEDICINALVERKET

โทรศัพท์: 010-483 43 00 - แฟกซ์: 010-483 41 99
อีเมล: faderskap@rmv.seการให้ความยินยอม
วันที่คำสั่งขอการตรวจทางนิติ
วิทยาศาสตร์ด้านพันธุกรรม

★ = ข้อมูลที่จำเป็นต้องกรอก

การตรวจนี้จะเริ่มขึ้นเมื่อได้รับความยินยอมจากบุคคลซึ่งบรรลุนิติภาวะที่เกี่ยวข้องทุกคน สำหรับผู้ที่ไม่บรรลุนิติภาวะจะต้องมีหนังสือให้ความยินยอมจากผู้ปกครอง

ให้ส่งไปที่:

Rättsmedicinalverket
Avdelningen för rättsgenetik och rättskemi
Box 1383
581 13 LINKÖPING

หนังสือให้ความยินยอมในการร่วมมือกับการตรวจตามคำสั่งขอโดย

(ตามแบบฟอร์มยื่นคำร้องขอ, การตรวจทางนิติวิทยาศาสตร์ด้านพันธุกรรมสำหรับบุคคลทั่วไป)

ชื่อตัว ★	ชื่อสกุล ★
ที่อยู่ทางไปรษณีย์ (ถนน, หมายเลขตู้รับจดหมาย ฯ) ★	รหัสไปรษณีย์ ★ จังหวัด ★

การให้ความร่วมมือ
วันที่ในการตรวจทางนิติ
วิทยาศาสตร์ด้านพันธุกรรม

พร้อมกับหนังสือที่ส่งมานี้ ข้าพเจ้าขอมอบความยินยอมในการให้ความร่วมมือกับการตรวจทางนิติวิทยาศาสตร์ด้านพันธุกรรม ให้เริ่มกระทำการตามคำสั่งของผู้ขอตามข้างบนนี้ได้

ชื่อตัว	ชื่อสกุล	หมายเลขประจำตัว
ที่อยู่ทางไปรษณีย์ (ถนน, หมายเลขตู้รับจดหมาย ฯ)	โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ในเวลาราชการ (รวมรหัสเมืองด้วย)	โทรศัพท์มือถือ
รหัสไปรษณีย์	จังหวัด	อีเมล

ลายมือชื่อ

ลายมือชื่อ	จังหวัด และ วันที่
	ชื่อและชื่อสกุลตัวบรรจง