

## แบบรับรองตนเอง

กรณี โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

สำหรับผู้มีสิทธิเข้ารับการประเมินความเหมาะสมกับตำแหน่ง (สอบสัมภาษณ์) ลูกจ้างชั่วคราว  
กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ชื่อ - นามสกุล .....

ตำแหน่ง ..... เลขประจำตัวสอบ .....

ที่อยู่ปัจจุบัน .....

๑. ท่านมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ไม่ได้กลิ่น                       ไม่รู้รส                       มีไข้                       ไอ-เจ็บคอ
- เหนื่อยหอบ                       เมื่อยเนื้อเมื่อยตัว                       น้ำมูกไหล
- ไม่มีอาการเหล่านี้

๒. ตั้งแต่วันที่ ๑ - ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ท่านหรือคนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวมีการเดินทางกลับจากต่างประเทศหรือเดินทางไปต่างจังหวัดใดบ้าง (โปรดแจ้งช่วงเวลาการเดินทางและสถานที่เดินทางโดยละเอียด)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๓. คนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวร่วมอาศัยอยู่กับท่าน มีประวัติไข้ ร่วมกับอาการระบบทางเดินหายใจ เช่น ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ มีเสมหะ ไม่ได้กลิ่น ไม่รับรส หายใจเร็ว หายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบาก หรือไม่

- มี รายละเอียด .....
- ไม่มี

๔. ท่านมีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย หรือผู้ที่ต้องสงสัย ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือมีอาชีพที่มีโอกาสสัมผัสนักท่องเที่ยว ไปสถานที่แออัด หรือติดต่อกับคนจำนวนมากหรือไม่

- มี รายละเอียด .....
- ไม่มี

๕. ประวัติการฉีดวัคซีน

- เข็มที่ ๑ .....
- เข็มที่ ๒ .....
- เข็มที่ ๓ .....
- ยังไม่ได้รับวัคซีน เนื่องจาก .....

.....  
(.....)

**หมายเหตุ** ขอความร่วมมือท่านให้ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นความจริง เพื่อประโยชน์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ  
- กรณีมีประวัติการฉีดวัคซีน กรุณานำหลักฐานมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่