

## แบบรับรองตนเอง

กรณี โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

สำหรับผู้มีสิทธิเข้ารับการประเมินความเหมาะสมกับตำแหน่งด้วยวิธีการสอบสัมภาษณ์

กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ชื่อ - นามสกุล .....

ตำแหน่ง ..... เลขประจำตัวสอบ .....

ที่อยู่ปัจจุบัน .....

๑. ท่านมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ไม่ได้กลิ่น                       ไม่รู้รส                       มีไข้                       ไอ-เจ็บคอ  
 เหนื่อยหอบ                       เมื่อยเนื้อเมื่อยตัว                       น้ำมูกไหล  
 ไม่มีอาการเหล่านี้

๒. ในระยะเวลา ๑๐ วันที่ผ่านมา ท่านหรือคนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวมีการเดินทางกลับจากต่างประเทศหรือเดินทางไปยังจังหวัดใดบ้าง (โปรดแจ้งช่วงเวลาการเดินทางและสถานที่เดินทางโดยละเอียด)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

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

- มี รายละเอียด .....
- ไม่มี

๔. ท่านมีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย หรือผู้ที่ต้องสงสัย ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือมีอาชีพที่มีโอกาสสัมผัสนักท่องเที่ยว ไปสถานที่แออัด หรือติดต่อกับคนจำนวนมากหรือไม่

- มี รายละเอียด .....
- ไม่มี

๕. ประวัติการฉีดวัคซีน

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

(ลงชื่อ) .....

(.....)

หมายเหตุ ขอความร่วมมือท่านให้ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นความจริง เพื่อประโยชน์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ