



สำหรับเจ้าหน้าที่

อาคาร.....

วันที่/...../..... เวลา.....น.

ผู้รับเอกสาร.....

แบบฟอร์มการแสดงตน (Self-Declaration Form)

ชื่อ -นามสกุล..... หน่วยงาน.....	เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้..... เบอร์โทรศัพท์บุคคลใกล้ชิด.....
เลขที่บัตรประชาชน/เลขที่หนังสือเดินทาง.....	สัญชาติ.....
วัตถุประสงค์ของการมาติดต่อ (กรุณาระบุชื่อบุคคลที่จะมาติดต่อ(หากทราบ).....)	
<input type="checkbox"/> สอน/วิจัย/วิทยากรบรรยาย ณ ห้อง.....	
<input type="checkbox"/> ประชุม ณ ห้อง.....	
<input type="checkbox"/> ส่งสินค้า ณ	
<input type="checkbox"/> ติดตั้งงาน ณ.....	
<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ	
ระยะเวลาที่มาติดต่อ ตั้งแต่วันที่ถึงวันที่	
ค่าอนุญาติที่วัดได้ องศาเซลเซียส	

ข้อมูลสุขภาพ และประวัติการเดินทางในระยะ 14 วัน ที่ผ่านมา

1.	<input type="checkbox"/> ไม่มีอาการป่วย หากมีอาการเหล่านี้กรุณาทำเครื่องหมายในช่องสี่เหลี่ยม <input type="checkbox"/> มีไข้ <input type="checkbox"/> ไอ <input type="checkbox"/> ปวดเมื่อยตามร่างกาย <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> เจ็บคอ <input type="checkbox"/> มีน้ำมูก <input type="checkbox"/> เมื่อยล้า <input type="checkbox"/> หายใจหอบถี่ <input type="checkbox"/> อื่นๆ
2.	คุณได้เดินทางไปยังประเทศจีนหรือประเทศในกลุ่มเสี่ยงที่มีการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในช่วง 14 วันที่ผ่านมาหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ กรุณาระบุประเทศในกลุ่มเสี่ยงที่เดินทาง..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
3.	คุณมีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย COVID-19 หรือผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงในช่วง 14 วันที่ผ่านมาหรือไม่ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี

เพื่อปฏิบัติตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 อันเป็นประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย ขอรับรองว่าข้อมูลแสดงตนข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อผู้แสดงตน..... วันที่.....