

ที่ ศก ๒๐๓๒/ว ๒๒



สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพยุห์
ถนนเฉลิมพระเกียรติ ร๙ ต.พยุห์
ศก. ๓๓๒๓๐

๗ เมษายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอส่งใบรับรองการแยกกัก กักกัน คุมไว้สังเกต ครบ ๑๔ วัน กรณีเฝ้าระวังโรค COVID-19

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบรับรองการแยกกัก กักกัน คุมไว้สังเกต ครบ ๑๔ วัน กรณีการเฝ้าระวัง จำนวน ๑ ชุด
ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19)

ด้วยคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ได้กำหนดมาตรการคัดกรอง แยกกัก กักกัน หรือคุมไว้สังเกตเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคจากผู้เดินทางซึ่งมาจากท้องที่หรือเมืองท่านอกราชอาณาจักร กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) เพื่อให้หน่วยงานของรัฐ และคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด ได้มีแนวทางปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ในการตรวจคัดกรอง แยกกัก กักกัน หรือคุมไว้สังเกต เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคจากผู้เดินทางซึ่งมาจากท้องที่หรือเมืองท่านอกราชอาณาจักร กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพยุห์ จึงขอส่งใบรับรองฯ เพื่อใช้ในการรับรองผู้ที่เดินทางกลับจากพื้นที่ที่มีการระบาด ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ และให้หน่วยงานของท่านได้จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงผู้ที่เดินทางมาจากท้องที่หรือเมืองท่านอกราชอาณาจักร ประเทศที่มีผู้ป่วยโรคติดต่ออันตราย กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายฤทธิรงค์ โนนใหญ่)
สาธารณสุขอำเภอพยุห์

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

โทร. ๐ ๔๕๘๑ ๓๕๙๘

โทรสาร ๐ ๔๕๘๑ ๓๕๙๘

อำเภอ.....
เลขที่...../.....

ใบรับรองการแยกกัก กักกัน คุมไว้สังเกต ครบ 14 วัน
กรณี การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ตามที นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง.....อายุ.....ปี

เพศ หญิง ชาย เลขบัตรประชาชนอยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ตำบล.....ถนน.....อำเภอ.....จังหวัด.....

- 1. ได้เดินทางกลับจากพื้นที่ที่มีการระบาดต่อเนื่อง ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ ประเทศ/เขตการปกครอง.....ถึงประเทศไทยวันที่.....
- 2. ได้สัมผัสบุคคลใกล้ชิดกับผู้ที่เดินทางกลับจากพื้นที่ที่มีการระบาดต่อเนื่อง ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ ประเทศ/เขตการปกครอง.....ในวันที่.....
- 3. อื่นๆ ระบุ.....

ได้รับการ แยกกัก กักกัน คุมไว้สังเกตอาการ
ณ บ้านเลขที่/สถานที่.....
ในระหว่างวันที่.....ถึงวันที่.....ครบกำหนด 14 วัน ตามที่กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ในวันที่.....

จึงขอรับรองว่า บุคคลดังกล่าวได้ดำเนินการตามมาตรการเฝ้าระวังอาการ จนครบ 14 วัน

ให้ไว้ ณ วันที่.....

(ลงชื่อ).....เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ
(.....)

ตำแหน่ง.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ประทับตราหน่วยงาน)



ดาวน์โหลด:
พ.ร.บ.โรคติดต่อพ.ศ. 2558

District.....

Number...../.....

**CERTIFICATE OF HOME ISOLATION QUARANTINE AND CONTROL FOR OBSERVATION DURING 14 DAYS
SURVEILLANCE PREVENTION AND CONTROL FOR CORONAVIRUS DISEASE (COVID-19) OUTBREAK**

Date.....Month.....Year.....

Name: Mr./Mrs./Miss.....Surname.....Age.....years Gender: Female Male

National identification number: or Passport Number.....

Present Address.....

1. Traveled back from areas that occurs outbreaks of coronavirus disease 2019 (COVID-19)
From Countries / Territories To Thailand at date

2. Experience close contact with who travel back from areas that occurs outbreaks of coronavirus
disease 2019 (COVID-19) Countries / Territories at date

3. Other (Please specify).....

Has been Home isolation Home quarantine Control for observation at home

Activities at:
During the day.....To.....Due 14 days as the Department of Disease
Control, Ministry of Public Health, Thailand determined. Last date of the quarantine:
.....

This is to certify that such persons have successfully completed for home isolated, home
quarantined or controlled for observation at places for 14 days.

Given on , 2020
(Month) (Date)

Signature communicable disease control officer
(.....)

Position.....

Work location.....

Signature witness
(.....)

Signature witness
(.....)



Download:
Communicable
Disease Act B.E. 2558

(Seal agency)