<u>แบบขอใช้ชุดตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19)</u>

เรียน ท้องถิ่นจังหวัดแม่ฮ่องสอน

ข้าพเจ้า.. (ชื่อ– นามสกุล ผู้ขอใช้ชุดตรวจฯ)
ตำแหน่ง...สังกัดกลุ่มงาน/ฝ่าย/สถอ..
เป็นผู้เสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด – 19 โดย

☐ เดินทางกลับจากจังหวัดพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด จังหวัด..............................(ระบุชื่อจังหวัด)

☐ เดินทางกลับจากจังหวัดพื้นที่ควบคุมสูงสุด จังหวัด..............................(ระบุชื่อจังหวัด)

☐ ใกล้ชิดกับผู้ป่วยติดเชื้อ โควิด – 19 ราย...(ระบุชื่อ)

☐ ใกล้ชิดกับผู้มีประวัติใกล้ชิดกับผู้ป่วยติดเชื้อฯ ราย... (ระบุชื่อ)

☐ เดินทางไปยังสถานที่แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อฯ...(ระบุสถานที่)

☐ มีอาการเบื้องต้นของโรคโควิด – 19

มีความประสงค์ขอใช้ชุดตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) **จำนวน.............ชุดตรวจ**
สำหรับ ☐ ข้าพเจ้า ☐ ข้าพเจ้าและบุคลากรในกลุ่มงาน/ฝ่าย/สถอ...

☐ บุคคลที่ต้องปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรของ สถจ.แม่ฮ่องสอน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.......................................ผู้ขอใช้
(.......................................)
วันที่..........เดือน.........................พ.ศ....................

*หมายเหตุ ได้มอบหมายให้...เป็นผู้รับชุดตรวจแทน
....

ได้ตรวจสอบจำนวนชุดตรวจฯ แล้ว **คงเหลือ จำนวน.......................ชุดตรวจ** ลงชื่อ..................................ผู้ตรวจสอบ วันที่.........เดือน.........................พ.ศ...............	☐ **อนุมัติ จำนวน.................ชุดตรวจ** ☐ **ไม่อนุมัติ เนื่องจาก......................................** .... ลงชื่อ.......................................ผู้อนุมัติ **(ทถจ.)** วันที่.............เดือน.........................พ.ศ..................
ได้รับชุดตรวจแล้ว จำนวน..................ชุดตรวจ	ลงชื่อ...(ผู้ขอใช้/ผู้ได้รับมอบหมาย) (...) ตำแหน่ง... วันที่.............เดือน.........................พ.ศ................