**แบบขอใช้ชุดตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19)**

**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................... | |