

แบบขอใช้ชุดตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19)

เรียน ท้องถิ่นจังหวัดแม่ฮ่องสอน

ข้าพเจ้า..... (ชื่อ- นามสกุล ผู้ขอใช้ชุดตรวจฯ)

ตำแหน่ง.....สังกัดกลุ่มงาน/ฝ่าย/สภอ.....

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/สภอ.....

บุคคลที่ต้องปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรของ สภจ.แม่ฮ่องสอน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.....ผู้ขอใช้

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

*หมายเหตุ ได้มอบหมายให้.....เป็นผู้รับชุดตรวจแทน

<p>ได้ตรวจสอบจำนวนชุดตรวจฯ แล้ว คงเหลือ จำนวน.....ชุดตรวจ</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ</p> <p>วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p>	<p><input type="checkbox"/> อนุมัติ จำนวน.....ชุดตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....</p> <p>.....</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ (ทจ.)</p> <p>วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p>
<p>ได้รับชุดตรวจแล้ว จำนวน.....ชุดตรวจ</p> <p>ลงชื่อ.....(ผู้ขอใช้/ผู้ได้รับมอบหมาย) (.....)</p> <p>ตำแหน่ง.....</p> <p>วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p>	