



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงเรียนเพชรพิทยาคม อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

ที่ ศธ.๐๔๓๒๕.๐๑/นค..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขออนุญาตกักตัว กรณีเป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูงจากผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 2019)

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนเพชรพิทยาคม

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบบันทึกการเดินทางฯ (Time line) จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แบบบันทึกผลการตรวจของการติดเชื้อฯ จำนวน ๑ ฉบับ

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

(กลุ่มงาน/กลุ่มสาระ).....โรงเรียนเพชรพิทยาคม

มีความจำเป็นต้องปฏิบัติตามมาตรการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

(COVID -19) คือ ต้องกักตัวเพื่อสังเกตอาการอยู่ที่พัก (Home quarantine) ณ บ้านเลขที่

หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด..... ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... รวมเป็นเวลา..... วัน สาเหตุเนื่องจาก

ข้าพเจ้าเป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูง จากผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 2019)

☐ กรณีเป็นผู้ไม่ได้รับวัคซีนโควิด ๑๙ ตามแนวทางปัจจุบันทั้งผู้มีอาการและไม่มีอาการ
แนะนำให้กักกันตัว (Self Quarantine) เป็นเวลา ๕ วัน และติดตามเฝ้าระวังอีก ๕ วัน

☐ กรณีเป็นผู้ได้รับวัคซีนโควิด ๑๙ ครบโดส

- หากมีอาการ

ให้ตรวจคัดกรองหาเชื้อด้วย ATK ทันที

☐ กรณีเป็นผู้ได้รับวัคซีนโควิด ๑๙ ครบโดส

- หากไม่มีอาการ ไม่แนะนำให้กักกัน และควรพิจารณาให้ไปปฏิบัติงานได้

ให้ตรวจคัดกรองหาเชื้อด้วย ATK ตรวจครั้งที่ ๑ วันที่ ๕ หลังสัมผัสผู้ติดเชื้อ

และตรวจครั้งสุดท้าย วันที่ ๑๐ หลังสัมผัสผู้ติดเชื้อ

ทั้งนี้เพื่อปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 (COVID -19) ข้าพเจ้าจึงขออนุญาตกักตัวเพื่อสังเกตอาการจนเป็นเหตุให้ไม่สามารถปฏิบัติราชการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุญาต

ลงชื่อ

(.....)

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนเพชรพิทยาคม

.....

☐ อนุญาต

☐ ไม่อนุญาต

.....

.....

เพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ

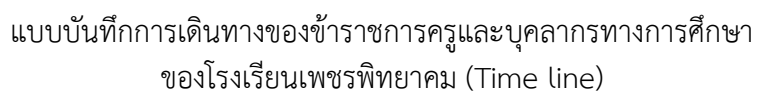
(นายนิรุทธิ์ แก้วนิคม)

รองผู้อำนวยการกลุ่มบริหารงานบุคคล

ลงชื่อ ผู้อนุญาต

(นายวิเศษ ปิ่นพิทักษ์)

ผู้อำนวยการโรงเรียนเพชรพิทยาคม



๓. เดินทางไปจังหวัด

[illegible]



แบบบันทึกผลการตรวจของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19)
ของโรงเรียนเพชรพิทยาคม

๑. ชื่อ - สกุล :
๒. ตำแหน่ง :
๓. กลุ่มงาน/กลุ่มสาระ :
๔. ที่อยู่ :
๕. เบอร์โทรศัพท์ :

ใบรับรองผลการตรวจ

--