

แบบคัดกรองตนเอง สำหรับผู้เข้าสอบหลักสูตร.....

๑. ชื่อ - สกุล อายุ.....ปี
๒. ที่อยู่.....
๓. เพศ ชาย หญิง หมายเลขโทรศัพท์.....
๔. ท่านมีอาการดังต่อไปนี้ หรือไม่
- ไข้ อุณหภูมิร่างกาย.....องศาเซลเซียส ไอ เจ็บคอ
- มีน้ำมูก หายใจเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก ไม่มีอาการเหล่านี้
๕. ในช่วง ๑๔ วัน ก่อนเข้าสอบ
- ๕.๑ ท่านมีประวัติเดินทางไปยัง หรือ มาจาก หรืออยู่อาศัยในพื้นที่ที่มีรายงานการระบาดของเชื้อของโรค COVID-19
- ไม่ใช่ ใช่
- ๕.๒ ท่านเป็นผู้ประกอบอาชีพที่สัมผัสใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยวที่มาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของเชื้อของโรค COVID-19
- ไม่ใช่ ใช่
- ๕.๓ ท่านมีประวัติใกล้ชิดหรือสัมผัสกับผู้ป่วยเข้าข่ายหรือยืนยันโรค COVID-19
- ไม่ใช่ ใช่
- ๕.๔ ท่านเป็นบุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุข ที่สัมผัสกับผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค COVID-19
- ไม่ใช่ ใช่

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และหากคณะกรรมการสอบพิสูจน์ได้ว่าข้อความดังกล่าวเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินดียอมรับผลการวินิจฉัยจากคณะกรรมการสอบทุกประการ

ตาม พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘ มาตรา ๕๑ ผู้ใดฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อตาม มาตรา ๓๔ (๑) (๒) (๕) หรือ (๖) มาตรา ๓๙ (๑) (๒) (๓) หรือ (๕) มาตรา ๔๐ (๕) หรือไม่อำนวยความสะดวกแก่เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อตาม มาตรา ๓๙ (๔) ต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองหมื่นบาท

ลงชื่อ.....ผู้เข้าสอบ
(.....)

ลงชื่อ.....จนท.คัดกรอง
(.....)

ให้ผู้เข้าสอบพิมพ์แบบคัดกรองและกรอกข้อมูลก่อนล่วงหน้า และนำมาให้เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์สอบภาควิชาการ วันที่ 14 มี.ค.63 ณ ใต้คัดกรองเพื่อวัดอุณหภูมิ