



แบบฟอร์มการแสดงตัวตน (Self-Declaration Form) : นักเรียนประจำ

โรงเรียนอัสสัมชัญนครราชสีมา

ชื่อ – นามสกุล :	เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน :
รหัสประจำตัว :	สัญชาติ :
ค่าอนุหภูมิ :	ผู้บันทึกข้อมูล :

1.	<input type="checkbox"/> ไม่มีอาการป่วย หากมีอาการเหล่านี้กรุณาทำเครื่องหมายในช่องสี่เหลี่ยม <input type="checkbox"/> มีไข้ <input type="checkbox"/> ไอ <input type="checkbox"/> ปวดเมื่อยตามร่างกาย <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> เจ็บคอ <input type="checkbox"/> มีน้ำมูก <input type="checkbox"/> เมื่อยล้า <input type="checkbox"/> หายใจหอบถี่ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ
2.	คุณมีประวัติติดต่อกับหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย COVID-19 ในช่วง 14 วันที่ผ่านมาหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่
3.	คุณได้เดินทางไปยังประเทศจีนหรือประเทศในกลุ่มเสี่ยงที่มีการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในช่วง 14 วันที่ผ่านมาหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ หากใช่กรุณาระบุประเทศในกลุ่มเสี่ยงที่เดินทาง : กลับมาเมื่อวันที่ :

เพื่อปฏิบัติตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 อันเป็นประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย ขอรับรองว่าข้อมูลแสดงตนเป็นความจริงทุกประการ

ผู้แสดงตน.....(นักเรียน)

ผู้ปกครอง..... วันที่

งานอนามัย

เอกสารประกอบ ณ วันที่ 17 มิถุนายน 2563