

แบบรับรองการลงทะเบียนผู้มาจากต่างจังหวัด รพ.สต./สสอ. ....

อำเภอ.....จังหวัดน่าน

วันที่ลงทะเบียน.....

รายละเอียดผู้ลงทะเบียน

ชื่อ.....สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....

อายุ.....ปี อาชีพ.....ที่อยู่/ที่พักเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัดน่าน เบอร์โทรศัพท์.....

มาจากจังหวัด.....อุณหภูมิร่างกาย.....อาการ URI  มี  ไม่มี

ผลการประเมินความเสี่ยง  ความเสี่ยงสูง  ความเสี่ยงต่ำ

ข้อปฏิบัติตัว  กักตัว 14 วัน ณ ที่พักอาศัยฯเริ่มต้นวันที่.....สิ้นสุดวันที่.....

สังเกตอาการตัวเอง 14 วัน เริ่มต้นวันที่.....สิ้นสุดวันที่.....

ลายมือชื่อ

ลายมือชื่อ

.....

.....

( )

( )

ผู้ลงทะเบียน

ผู้รับลงทะเบียน

เบอร์โทรศัพท์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....

แบบรับรองการลงทะเบียนผู้มาจากต่างจังหวัด รพ.สต./สสอ. ....

อำเภอ.....จังหวัดน่าน

วันที่ลงทะเบียน.....

รายละเอียดผู้ลงทะเบียน

ชื่อ.....สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....

อายุ.....ปี อาชีพ.....ที่อยู่/ที่พักเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัดน่าน เบอร์โทรศัพท์.....

มาจากจังหวัด.....อุณหภูมิร่างกาย.....อาการ URI  มี  ไม่มี

ผลการประเมินความเสี่ยง  ความเสี่ยงสูง  ความเสี่ยงต่ำ

ข้อปฏิบัติตัว  กักตัว 14 วัน ณ ที่พักอาศัยฯเริ่มต้นวันที่.....สิ้นสุดวันที่.....

สังเกตอาการตัวเอง 14 วัน เริ่มต้นวันที่.....สิ้นสุดวันที่.....

ลายมือชื่อ

ลายมือชื่อ

.....

.....

( )

( )

ผู้ลงทะเบียน

ผู้รับลงทะเบียน

เบอร์โทรศัพท์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....