**แบบขอใช้ชุดตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19)**

 **เรียน ท้องถิ่นจังหวัดแม่ฮ่องสอน**

 ข้าพเจ้า................................................................................ (ชื่อ– นามสกุล ผู้ขอใช้ชุดตรวจฯ) ตำแหน่ง...........................................................................สังกัดกลุ่มงาน/ฝ่าย/สถอ......................................... 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/สถอ...........................................................

 บุคคลที่ต้องปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรของ สถจ.แม่ฮ่องสอน

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

 ลงชื่อ.........................................ผู้ขอใช้

 (........................................)

 วันที่..........เดือน..........................พ.ศ.....................

 \*หมายเหตุ ได้มอบหมายให้...........................................................................เป็นผู้รับชุดตรวจแทน

 **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

|  |  |
| --- | --- |
|  **ได้ตรวจสอบจำนวนชุดตรวจฯ แล้ว** **คงเหลือ จำนวน.........................ชุดตรวจ**  ลงชื่อ......................................ผู้ตรวจสอบ วันที่.........เดือน..........................พ.ศ................ |  **อนุมัติ จำนวน..................ชุดตรวจ**  **ไม่อนุมัติ เนื่องจาก........................................****........................................................................................** ลงชื่อ.........................................ผู้อนุมัติ **(ทถจ.)** วันที่..............เดือน..........................พ.ศ................... |
|  **ได้รับชุดตรวจแล้ว จำนวน....................ชุดตรวจ** ลงชื่อ..............................................(ผู้ขอใช้/ผู้ได้รับมอบหมาย)(...............................................) ตำแหน่ง.......................................................... วันที่..............เดือน..........................พ.ศ................... |