แบบฟอร์ม COVID-19

**แบบขออนุญาตปฏิบัติงานนอกสถานที่ตั้ง (Work from Home)**

กรณีปฏิบัติตามการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่นระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

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

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต

 ข้าพเจ้า................................................................ตำแหน่ง....................................................................สังกัด..........................................................................................มีความจำเป็นต้องปฏิบัติตามมาตรการเฝ้าระวัง และป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) คือ ต้องกักตัวเพื่อสังเกตอาการ อยู่ในที่พัก ณ บ้านเลขที่.....................ถนน.............................ตำบล/แขวง...........................อำเภอ/เขต................. จังหวัด............................ตั้งแต่วันที่........................................ถึงวันที่........................................ รวมเป็นเวลา.....................วัน (จำนวน.................ทำการ) สาเหตุเนื่องจาก ข้าพเจ้า

 ได้ใกล้ชิดหรือสัมผัสกับผู้ป่วยเข้าข่ายหรือผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

 ได้เดินทางไปยัง หรือมาจาก หรืออยู่อาศัยในพื้นที่ หรือสถานที่ภายในประเทศไทย ที่มีรายงานการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

 สาเหตุอื่นๆ (ระบุ)...............................................................................................................

รายละเอียดดังนี้....................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................

ในระหว่างที่ข้าพเจ้าต้องสังเกตอาการอยู่ในที่พัก ข้าพเจ้าจะปฏิบัติงานในที่พักตามที่ผู้บังคับบัญชามอบหมาย และจะรายงานผลการปฏิบัติงานให้ทราบ เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาอนุญาต และหากข้าพเจ้ามีอาการที่รุนแรงขึ้น จะรีบรายงานให้ผู้บังคับบัญชาทราบทันที ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต ให้ข้าพเจ้าปฏิบัติงานนอกสถานที่ตั้ง (Work from Home) โดยไม่นับเป็นวันลา ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการลาขอข้าราชการ พ.ศ. 2555 ข้อ 15 ด้วย จะเป็นพระคุณ

 (นายสมสุข สัมพันธ์ประทีป)

ตำแหน่งเภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)

1. ความเห็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

 เห็นควรอนุญาต ให้ปฏิบัติงานนอกสถานที่ตั้ง โดยไม่ถือเป็นวันลา

 .......................................................................................

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

 ตำแหน่ง.....................................................

ตำแหน่ง......................................................

2. ความเห็นผู้บังคับบัญชาระดับกลุ่มงาน/กอง (ถ้ามี)

 เห็นควรอนุญาต ให้ปฏิบัติงานนอกสถานที่ตั้ง โดยไม่ถือเป็นวันลา

 .......................................................................................

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

ตำแหน่ง............................................................

3. ความเห็นผู้บังคับบัญชา

 อนุญาตให้ปฏิบัติงานในที่พัก โดยไม่ถือเป็นวันลา

 ไม่อนุญาต เห็นควร ลาป่วย ลากิจ

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

ตำแหน่ง............................................................

แบบฟอร์ม COVID-19

**แบบรายงานผลการปฏิบัติงานนอกสถานที่ตั้ง (Work From Home)**

**ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

**ชื่อ – สกุล ..........................................................................ตำแหน่ง...........................................................**

**สังกัด....................................................................................................สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **วัน เดือน ปี** | **งานที่ได้รับมอบหมาย** | **ผลการดำเนินงาน/****ผลสำเร็จของงาน** | **ผู้บังคับบัญชา****ขั้นต้นลงนาม** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

ลงชื่อ.........................................ผู้ปฏิบัติงาน ลงชื่อ................................................ผู้บังคับบัญชา

 (...............................................) (.................................................) ตำแหน่ง............................................ ตำแหน่ง............................................