นักศึกษา

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

ที่ **วันที่** .....

เรื่อง ความตกลงยอมรับความเสี่ยงการรับนักศึกษากลับภูมิลำเนาในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโรคโควิด - ๑๙

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....นักศึกษาชั้นปีที่.....รุ่นที่..... รหัสนักศึกษา..... อยู่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....โทร.....ขอยืนยันว่าได้กลับภูมิลำเนา/สถานที่พัก หมู่บ้าน/หอพัก.....เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด..... จริง และไม่ไปในพื้นที่/สัมผัสบุคคลที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ และจะกลับมาถึงวิทยาลัยพยาบาลฯ ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ภายในเวลา ๑๘.๐๐ น ข้าพเจ้ารับทราบว่าหากเกิดภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ วิทยาลัยพยาบาลฯจะไม่อนุญาตให้กลับเข้าหอพักนักศึกษาและต้องลาพักการเรียน ๑๔ วันจนกว่าจะได้รับใบรับรองจากแพทย์ว่าปลอดภัย วิทยาลัยพยาบาลฯ จึงจะอนุญาตให้นักศึกษากลับเข้าหอพักและเข้าเรียนได้

ภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ โดยมีอาการข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

๑. มีอุณหภูมิกาย มากกว่า ๓๗.๕ ขึ้นไป

๒. มีอาการปวดศีรษะ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ หายใจเหนื่อยหอบ

๓. สูญเสียความสามารถในการดมกลิ่นและรับรส

๔. มีอาการทางผิวหนัง เช่น มีผื่นแดงลักษณะคล้ายตาข่ายหรือเส้นใยเล็กๆ จุดเลือดออก ฯลฯ

ข้าพเจ้ารับรู้ว่าการที่นักศึกษาหยุดเรียนติดต่อกันอาจส่งผลให้นักศึกษาจบการศึกษาล่าช้ากว่ากำหนด และได้แจ้งเรื่องการกลับภูมิลำเนาหรือออกนอกวิทยาลัยให้ผู้ปกครองทราบตามข้อความเอกสารข้างต้นแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

(.....)

นักศึกษา

หมายเลขโทรศัพท์.....

หมายเหตุ : เมื่อนักศึกษากลับเข้าวิทยาลัยพยาบาลฯ จะต้องส่งรายงาน Timeline ๑๔ วัน ให้ อาจารย์ อวินนท์ บัวประชุม

ผู้ปกครอง

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

ที่ **วันที่**.....

เรื่อง ความตกลงยอมรับความเสี่ยงการรับนักศึกษากลับภูมิลำเนาในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโรคโควิด - ๑๙

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....อยู่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทร.....

☐ รับมอบอำนาจจากผู้ปกครองนักศึกษา ☐ เป็นผู้ปกครอง โดยมีความเกี่ยวข้องเป็น.....กับนักศึกษา นาย/นางสาว .....ชั้นปี.....ขอยืนยันว่าได้รับนักศึกษาในปกครองกลับภูมิลำเนาบ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทร.....จริง และดูแลไม่ให้นักศึกษาไปในพื้นที่/สัมผัสบุคคลที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ และกลับมาส่งนักศึกษาให้ถึงวิทยาลัยพยาบาลฯ ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ภายในเวลา ๑๘.๐๐ น ข้าพเจ้าและนักศึกษาในปกครอง รับทราบ ว่าหากเกิดภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ วิทยาลัยพยาบาลฯ จะไม่อนุญาตให้กลับเข้าหอพักนักศึกษาและต้องลาพักการเรียน ๑๔ วันจนกว่าจะได้รับใบรับรองจากแพทย์ว่าปลอดภัย วิทยาลัยพยาบาลฯ จึงจะอนุญาตให้นักศึกษากลับเข้าหอพักและเข้าเรียนได้

ภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ โดยมีอาการข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

๑. มีอุณหภูมิกาย มากกว่า ๓๗.๕ ขึ้นไป
๒. มีอาการปวดศีรษะ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ หายใจเหนื่อยหอบ
๓. สูญเสียความสามารถในการดมกลิ่นและรับรส
๔. มีอาการทางผิวหนัง เช่น มีผื่นแดงลักษณะคล้ายตาข่ายหรือเส้นใยเล็กๆ จุดเลือดออก ฯลฯ

ข้าพเจ้ารับรู้ว่าการที่นักศึกษาหยุดเรียนติดต่อกันอาจส่งผลให้นักศึกษาจบการศึกษาล่าช้ากว่ากำหนด ในการนี้ ได้แนบเอกสาร เป็นสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนไว้เป็นหลักฐานแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ปกครอง

หมายเลขโทรศัพท์.....

หมายเหตุ : เมื่อนักศึกษากลับเข้าวิทยาลัยพยาบาลฯ จะต้องส่งรายงาน Timeline ๑๔ วัน ให้ อาจารย์ อวินนท์ บัวประชุม