



ความที่สุด

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว(กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ)โทร.๐ ๓๗๔๒ ๕๑๔๑-๔ ต่อ ๓๐๔
ที่ สก.๐๐๓๒.๐๐๗/๑ ๖๗๕ วันที่ ๑๗ เมษายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขอส่งแนวทางปฏิบัติการจัดระบบกักกันตัวเพื่อสังเกตอาการ (Home Quarantine)
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอ ทุกอำเภอ

๑. เรื่องเดิม

ตามที่มีการประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (Covid-๑๙) เป็นโรคติดต่ออันตราย แห่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ กำหนดมาตรการกักกันบุคคลเพื่อสังเกตอาการในผู้ที่เป็นผู้สัมผัสหรือเป็นพาหะของโรค หรือ คุ่มไว้สังเกต ณ สถานที่ ที่ซึ่งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อกำหนด นั้น

๒. ข้อเท็จจริง

๒.๑ ปัจจุบันสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (Covid-๑๙) พบการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง ในส่วนจังหวัดสระแก้ว จากการระบาระลอกใหม่ เชื่อมโยงกับสถานบันเทิงในเขตกรุงเทพมหานคร พบผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงกระจายในหลายพื้นที่และมีแนวโน้มที่จะเกิดการแพร่ระบาดทั่วจังหวัด

๒.๒ จังหวัดสระแก้วได้ออกคำสั่ง ที่ ๙๘๑/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๙ เมษายน ๒๕๖๔ เรื่อง มาตรการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙(Covid-๑๙) ในข้อ ๖ การเฝ้าระวังผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่ควบคุม ผู้ที่เดินทางมาจากกรุงเทพมหานคร สมุทรสาคร สมุทรปราการ สมุทรสงคราม นนทบุรี นครปฐม ปทุมธานี ตาก และราชบุรี ให้รายงานตัวต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ทันทีที่มาถึงและต้องกักกันตนเอง (Home Quarantine) ที่อยู่ในจังหวัดสระแก้ว จำนวน ๑๔ วัน

๓. ข้อกฎหมาย

ตามมาตรา ๓๔ (๑) แห่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ กำหนดให้เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่มีอำนาจที่จะดำเนินการเองหรือออกคำสั่งเป็นหนังสือกับผู้ที่เป็นโรคติดต่ออันตราย หรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่ออันตราย หรือโรคระบาด หรือเป็นผู้สัมผัสโรค หรือเป็นพาหะ โดยการแยกกัก กักกัน (Quarantine) หรือ คุ่มไว้สังเกต ณ สถานที่ ที่ซึ่งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อกำหนด จนกว่าจะได้รับการตรวจรักษาและชันสูตรทางการแพทย์ว่าพ้นระยะติดต่อของโรคหรือสิ้นสุดเหตุสงสัย หรือ จนกว่าจะพ้นระยะพักตัวของโรคหรือจนกว่าจะพ้นความเป็นพาหะ

๔. ข้อพิจารณา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ได้จัดทำแนวทางปฏิบัติการจัดระบบกักกันตัวเพื่อสังเกตอาการ (Home Quarantine) ตามมาตรการเฝ้าระวังและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (Covid-๑๙) และตามคำสั่งจังหวัดสระแก้ว ที่ ๙๘๑/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๙ เมษายน ๒๕๖๔ เพื่อให้ท่านได้พิจารณาดำเนินงานตามแนวทางดังกล่าว รายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

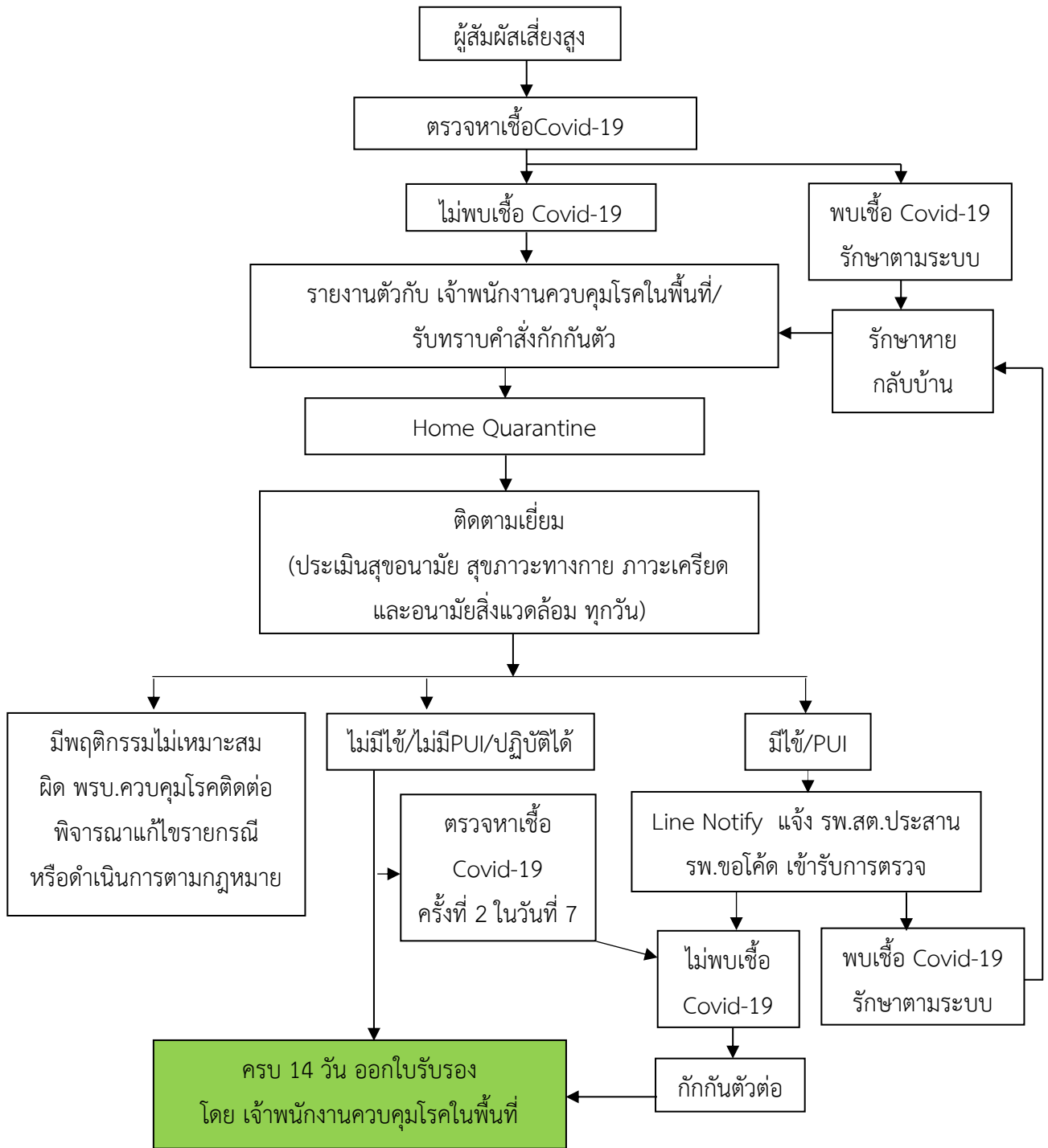
๕. ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและถือปฏิบัติตามแนวทางฯ ต่อไป

(นางดารารัตน์ ไห้วงค์)

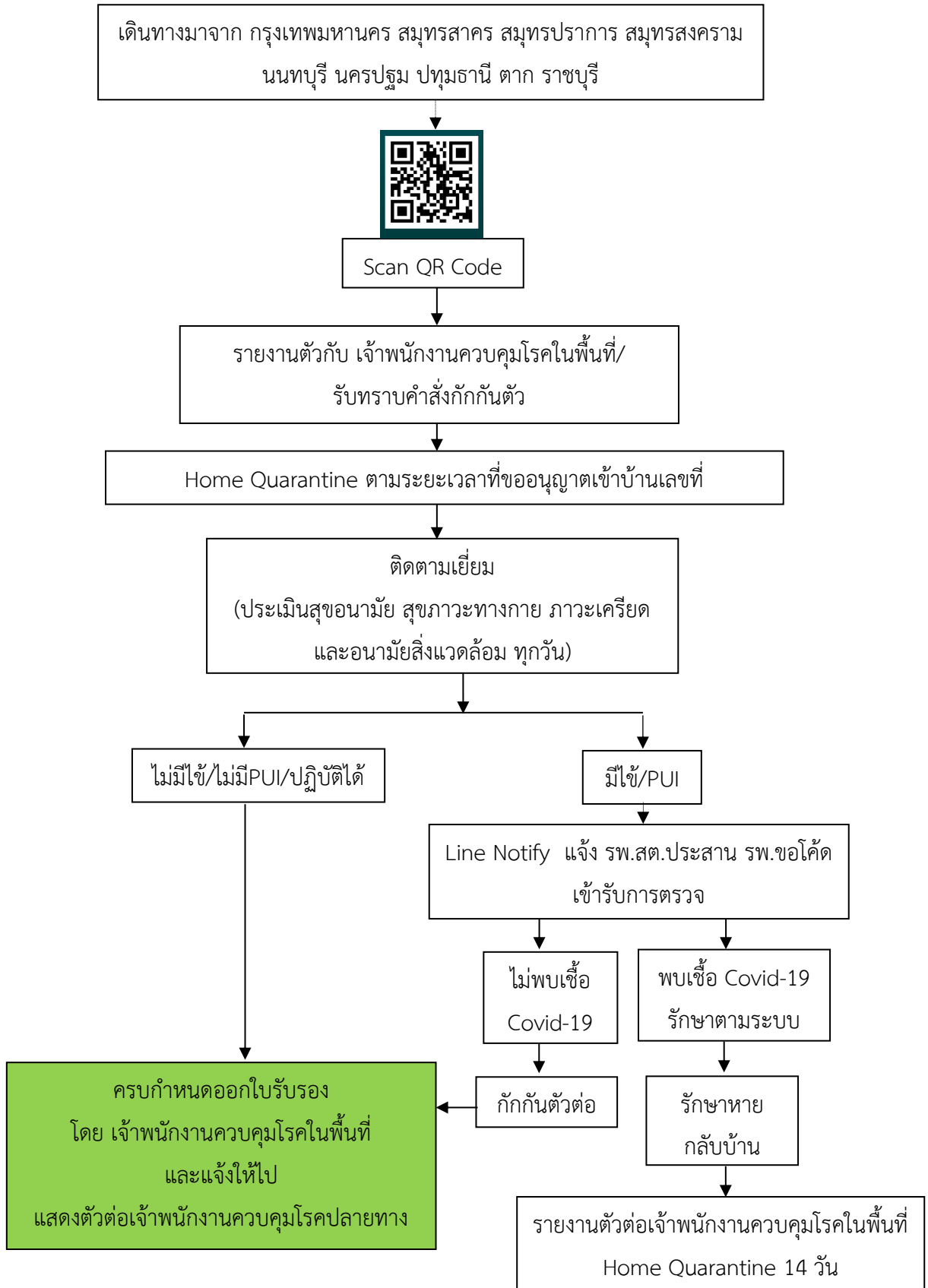
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านส่งเสริมพัฒนา)
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

แนวทางปฏิบัติการจัดระบบกักกันตัวที่บ้าน (Home Quarantine) จังหวัดสระแก้ว



** อุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน 1669

แนวทางปฏิบัติการจัดระบบกักกันตัวที่บ้าน (Home Quarantine) จังหวัดสระแก้ว



** อุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน 1669

แนวทางปฏิบัติการจัดระบบกักกันตัวเพื่อสังเกตอาการ (Home Quarantine) จังหวัดสระแก้ว
การเฝ้าระวังผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่ควบคุม ผู้ที่เดินทางมาจาก กรุงเทพมหานคร สมุทรสาคร สมุทรปราการ สมุทรสงคราม นนทบุรี นครปฐม ปทุมธานี ตาก และราชบุรี ให้ปฏิบัติดังนี้

1. รายงานตัวต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคในพื้นที่ทันทีที่เข้าพื้นที่ สแกน QR CODE หรือลิงค์
http://www.sko.moph.go.th/covid19/index.php?r=person-sqc/create&self_regis=Y
เพื่อบันทึกข้อมูลเพื่อติดตาม เฝ้าระวังโรคโควิด-๑๙
2. รับประทานยาและต้องกักกันตนเอง (Home Quarantine) ตลอดเวลาที่อยู่ในจังหวัดสระแก้ว(ตามแนวทางฯ) ณ ที่พักของบุคคลนั้น เว้นแต่ได้รับวัคซีน Covid-๑๙ ครบ ๒ เข็มและมีวัคซีนพาสปอร์ตรับรองหรือมีการตรวจหาเชื้อ Covid-๑๙ ที่แสดงว่าไม่พบเชื้อ ภายใน ๗๒ ชั่วโมง
3. ต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค Covid-๑๙ พร้อมทั้งสังเกตตนเอง หากมีอาการ ไข้ ไอ มีน้ำมูก ตาแดง เจ็บคอ มีผื่นขึ้นตามตัว จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นรับรสไม่ได้ ให้ไปพบแพทย์ทันที

กลุ่มเสี่ยงหมายถึง

1. ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ผู้ที่มีประวัติใกล้ชิด สัมผัสผู้ป่วย Covid-๑๙
 - * ผู้เรียน ผู้อาศัยร่วมห้อง ทำงานในห้องเดียวกัน หรือคลุกคลีกัน
 - * มีการสัมผัสพูดคุย กับผู้ป่วยระยะ ๑ เมตร นานกว่า ๕ นาที หรือถูกไอจามรดจากผู้ป่วย โดยไม่มีการป้องกัน เช่น ไม่สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า
 - * อยู่ในบริเวณปิด ไม่มีการถ่ายเทอากาศ เช่น ในรถปรับอากาศ ในห้องปรับอากาศร่วมกับผู้ป่วย Covid-๑๙ และอยู่ห่างจากผู้ป่วยไม่เกิน ๑ เมตร นานกว่า ๑๕ นาที โดยไม่ป้องกัน เช่น ไม่สวมหน้ากากอนามัย/ผ้า
2. ผู้สัมผัสเสี่ยงต่ำ คือ ผู้ใกล้ชิดสัมผัสเสี่ยงสูง
3. ผู้ที่ไม่มีความเสี่ยง คือ ผู้ใกล้ชิดสัมผัสเสี่ยงต่ำ

ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ให้ดำเนินการเข้าระบบกักกันตัวที่บ้าน (Home Quarantine) ทั้งนี้ให้เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ (นายอำเภอ หรือ ผู้ที่นายอำเภอมอบให้ปฏิบัติหน้าที่ เช่น สาธารณสุขอำเภอ กำนัน นายก อบต.ผู้ใหญ่บ้าน ผอ.รพ.สต. ฯลฯ) ออกคำสั่งกักกันตัว ให้กับผู้สัมผัสเสี่ยงสูง พร้อมลงลายมือชื่อในใบคำสั่งยินยอมกักกันตัว เป็นคู่ฉบับ ให้กับเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ ๑ ฉบับ ผู้กักกันตัว ๑ ฉบับ

แนวทางปฏิบัติระหว่างการกักกันตัว Home Quarantine

ให้ดำเนินการส่งตรวจหาเชื้อ Covid-๑๙ ครั้งที่ ๑ วันที่ ๐ ครั้งที่ ๒ วันที่ ๗ ของการกักกันตัวที่บ้าน ให้เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ ทีม อสม. เจ้าหน้าที่ ผู้นำชุมชน ติดตามเยี่ยมทุกวันโดยให้ประเมินด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล สุขภาวะทางกาย สุขภาพจิต และอนามัยสิ่งแวดล้อม

ไม่มีไข้/ปฏิบัติตัวดี สุขอนามัย/สิ่งแวดล้อมเหมาะสม ติดตามครบ ๑๔ วัน และออกไปรับรองกักกันตัวครบ ๑๔ วัน

มีไข้ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นรับรสไม่ได้ ให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอโค้ด โรงพยาบาลส่งตรวจ อุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน ๑๖๖๙

- * ผลการตรวจไม่พบเชื้อ ให้พิจารณารายการณ์ กลับกักตัวที่บ้านต่อ หรือ ดูแลที่โรงพยาบาล
- * ผลการตรวจพบเชื้อโรคเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ให้รักษาตามระบบ

ไม่กักกันตัว หรือ สุขอนามัยไม่ดี อนามัยสิ่งแวดล้อม การจัดการขยะไม่เหมาะสม ดำเนินการตามกฎหมาย โดยพิจารณาเป็นรายการณ์ไป

สัมผัสเสี่ยงต่ำ สังเกตอาการ ๑๔ วัน หลีกเลี่ยงการไปที่ชุมชน เว้นระยะห่าง สวมหน้ากากอนามัย หมั่นล้างมือ และแยกรับประทานอาหาร

ผู้ที่ไม่มีความเสี่ยง ไม่กักกันตัว ไม่ตรวจหาเชื้อ เว้นระยะห่าง สวมหน้ากากอนามัย หมั่นล้างมือและแยกรับประทานอาหาร

แบบประเมินสุขภาพส่วนบุคคล สำหรับการกักกันตัวที่บ้าน (Home Quarantine)

ของผู้ที่ต้องกักตัวเฝ้าระวังโรคไวรัสโคโรนา 2019 Covid-19

ชื่อผู้ถูกกักกันตัว..... กลุ่มผู้มีความเสี่ยงสูง เดินทางจากพื้นที่เสี่ยง

ที่อยู่ โทร.....

วันแรกที่เริ่มกักกันตัว..... วันสิ้นสุดการกักกันตัว.....

รายการ/วิธีปฏิบัติ	ใช่/ ไม่ใช่	หมายเหตุ
1. อาศัยอยู่ลำพัง หรือมีห้องส่วนตัว		
2. ใช้ห้องน้ำแยกต่างหาก		
3. ไม่ออกไปนอกบ้าน		
4. รับประทานอาหารแยกจากผู้อื่น อาจรับประทานอาหารร่วมกันได้ แต่ต้องใช้ช้อนกลางทุกครั้ง		
5. ไม่ใช้ของใช้ส่วนตัว เช่น ผ้าเช็ดหน้า/เช็ดตัว แก้วน้ำ หลอดน้ำร่วมกับผู้อื่น		
6. ล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่/ไม่มีน้ำและสบู่ ให้ลูบมือด้วยเจลแอลกอฮอล์		
7. สวมหน้ากากอนามัย และอยู่ห่างจากคนอื่นๆ ในบ้านประมาณ 1-2 เมตร หรือหนึ่งช่วงแขน		
• หลีกเลี่ยงการใกล้ชิดบุคคลอื่นในที่พักอาศัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้ป่วย		
• การทิ้งหน้ากากอนามัย ใช้วิธี ใส่ถุงพลาสติกและปิดปากถุงให้สนิทก่อนทิ้งลงในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด และทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์ หรือน้ำและสบู่ทันที		
• ปิดปากจมูกด้วยกระดาษทิชชูทุกครั้ง ไอจาม โดยปิดถึงคาง แล้วทิ้งทิชชูลงในถุงพลาสติกและปิดปากถุงให้สนิทก่อนทิ้ง หรือ ใช้แขนเสื้อปิดปากจมูกเมื่อไอจาม และ ทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล หรือน้ำและสบู่ทันที		
• ทำความสะอาดบริเวณที่ผู้เดินทางกลับพัก เช่น เติง โต๊ะ บริเวณของใช้รอบๆตัว รวมถึงห้องน้ำ ด้วยน้ำยาฟอกขาว 5% โซเดียมไฮโปคลอไรท์ (น้ำยาฟอกขาว 1 ส่วนต่อน้ำสะอาด 99 ส่วน)		
• ทำความสะอาดเสื้อผ้า ผ้าปูเตียง ผ้าขนหนู ฯลฯ ด้วยสบู่หรือผงซักฟอกธรรมดาและน้ำ หรือซักผ้าด้วยน้ำร้อนที่อุณหภูมิ 70-90 °C		
การติดตามโดยทีมเฝ้าระวัง จนท. อสม.		
วัดไข้		
ประเมินความเครียด (แบบ ST-5 2Q 9Q 8Q)		
แนะนำการปฏิบัติตัว สุขวิทยาส่วนบุคคล แนวทางปฏิบัติเมื่อพบอาการสงสัย		

ผู้บันทึก/ติดตามเยี่ยม..... โทร.....

แบบหนังสือ

คำสั่งของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ

ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการดำเนินการหรือออกคำสั่ง
ของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๖๐

คำสั่งเลขที่

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๔ แห่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ ประกอบกับข้อ ๒ แห่งประกาศ
กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการดำเนินการหรือออกคำสั่งของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ
พ.ศ. ๒๕๖๐ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... ตำแหน่ง เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ
สังกัด/หน่วยงาน ได้พบว่า เกิดโรคติดต่ออันตราย เกิดโรคระบาด
 สงสัยว่าเกิดโรคติดต่ออันตราย สงสัยว่าเกิดโรคระบาด ได้แก่ โรค

ณ
จึงมีคำสั่งให้ (ชื่อ - นามสกุล) อายุปี สัญชาติ..... เพศ ชาย หญิง
เลขบัตรประจำตัวประชาชน/เลขที่หนังสือเดินทาง หมายเลขโทรศัพท์.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

ดำเนินการดังต่อไปนี้

- (๑) มารับการตรวจ มารับการรักษา มารับการชันสูตรทางการแพทย์ มารับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
ภายในวันที่ เดือน พ.ศ. เวลา.....น. ณ
- (๒) เดินทางมาที่ เพื่อ แยกกัก กักกัน คุมไว้สังเกต
ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา.....น.
ถึงวันที่ เดือน พ.ศ. เวลา
- (๓) นำ (ชื่อ - นามสกุล) อายุปี สัญชาติ เพศ ชาย หญิง
เลขบัตรประจำตัวประชาชน/เลขที่หนังสือเดินทาง
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ ตั้งอยู่เลขที่ หมู่บ้าน/อาคาร..... ถนน
ตำบล/แขวงอำเภอ/เขตจังหวัดหมายเลขโทรศัพท์
เพื่อมา แยกกัก กักกัน คุมไว้สังเกต รับการตรวจ รับการรักษา รับการชันสูตรทางการแพทย์
 รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา.....น. ถึงวันที่ เดือน
พ.ศ. เวลาน. ณ
- (๔) นำสัตว์ประเภท จำนวน ตัว
 มารับการตรวจ มารับการรักษา มารับการชันสูตรทางการแพทย์ มารับการป้องกันโรค
ภายในวันที่ เดือน พ.ศ. เวลา.....น. ณ
- (๕) ให้นำศพ (นาย/นาง/นางสาว)..... ซากสัตว์ประเภท
ซึ่งตายหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าตายด้วยโรค ณ
 ไปรับการตรวจ จัดการทางการแพทย์ จัดการด้วยประการอื่นใด ระบุ
ภายในวันที่ เดือน พ.ศ. เวลา.....น. ณ

- (๖) กำจัดความตืดโรค/ทำลาย
.....ที่มีหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่ามีเชื้อโรค
- แก้ไขปรับปรุงการสุขาภิบาลให้ถูกสุขลักษณะโดยการ.....
.....
ภายในวันที่ เดือน พ.ศ. เวลา.....น. จนกว่าเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ
จะมีคำสั่งให้ยกเลิก
- (๗) กำจัดสัตว์/แมลง/ตัวอ่อนของแมลง ประเภท ที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค.....
ภายในวันที่ เดือน พ.ศ. ณ
- (๘) ห้ามกระทำการ/ดำเนินการ
ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา.....น.
ถึงวันที่ เดือน พ.ศ. เวลาน.
เนื่องจากอาจก่อให้เกิดสภาวะที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ซึ่งอาจเป็นเหตุให้โรค แพร่ออกไป
- (๙) ห้ามเข้าไป/ออกจาก
ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา.....น.
ถึงวันที่ เดือน พ.ศ. เวลาน.
- (๑๐) เข้าไปใน (บ้าน/โรงเรียน/สถานที่) เลขที่
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต จังหวัด
ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา.....น.
ถึงวันที่ เดือน พ.ศ. เวลาน.
เพื่อเฝ้าระวัง/ป้องกัน/ควบคุมมิให้มีการแพร่ของโรค.....
- (๑๑) เข้าไปในพาหนะ ประเภท ยี่ห้อ รุ่น สี
หมายเลขทะเบียน/หมายเลข ที่มีหรือสงสัยว่ามีโรค
ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา.....น.
ถึงวันที่ เดือน พ.ศ. เวลาน.
เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมมิให้มีการแพร่ของโรค.....

อนึ่ง เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อมีอำนาจที่จะเข้าดำเนินการด้วยตนเองหรือมีคำสั่งให้บุคคลอื่นกระทำการแทนได้ หากท่านไม่พอใจคำสั่งหรือเห็นว่าไม่ได้รับความเป็นธรรม ท่านมีสิทธิอุทธรณ์คำสั่งนี้ต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อผู้ทำคำสั่งได้ ภายใน ๑๕ วัน นับแต่วันที่ได้รับทราบคำสั่งนี้

ลงชื่อ ลงชื่อ
(.....) (.....)
เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ผู้รับคำสั่ง

ลงชื่อ ลงชื่อ
(.....) (.....)
พยาน (ถ้ามี) พยาน (ถ้ามี)

แบบหนังสือ

คำเตือนให้ดำเนินการตามคำสั่งของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ
ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการดำเนินการหรือออกคำสั่ง
ของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๖๐

เขียนที่.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

ตามที่ (นาย/นาง/นางสาว).....เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ
สังกัด/หน่วยงาน..... ได้มีคำสั่งเลขที่
ลงวันที่ เดือน พ.ศ. ให้

.....
ผู้อยู่ในบังคับของคำสั่ง ดำเนินการ

.....
ภายในวันที่ เดือน พ.ศ. เวลา.....น.
ถึงวันที่ เดือน พ.ศ. เวลา.....น. นั้น

บัดนี้ ปรากฏว่าหรือมีเหตุอันควรเชื่อได้ว่าผู้อยู่ในบังคับของคำสั่งฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตาม
คำสั่งดังกล่าว เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อจึงมีคำเตือนให้ผู้อยู่ในบังคับของคำสั่งดำเนินการตามคำสั่งของ
เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อดังกล่าวภายใน

.....
มิเช่นนั้น เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อหรือบุคคลที่เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดตอมอบหมายจะเข้าดำเนินการแทน
ด้วยวิธีการ

.....
ทั้งนี้ เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต้อมีอำนาจเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินที่เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ
ใช้ดำเนินการป้องกันหรือควบคุมโรคได้ ในกรณีที่ปรากฏว่าวิธีการซึ่งใช้ในการดำเนินการที่กำหนดไว้ในคำเตือน
ไม่บรรลุวัตถุประสงค์

ลงชื่อ

(.....)

เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ

หมายเหตุ กรณีที่เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อเห็นว่ามีความหรือข้อความที่มีผลบังคับเกินกว่าวัตถุประสงค์ของคำสั่งที่เจ้าพนักงาน

แบบหนังสือ

คำสั่งเพื่อยกเลิกคำสั่งของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ
ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการดำเนินการหรือออกคำสั่ง
ของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๖๐

คำสั่งที่.....

เขียนที่.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง ยกเลิกคำสั่งของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ

เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาคำสั่งของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อให้ดำเนินการ

ตามที่ เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ได้มีคำสั่งที่ลงวันที่เดือน.....
พ.ศ. ตามสำเนาคำสั่งที่ส่งมาด้วย ให้ท่านปฏิบัติ/ดำเนินการ

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

บัดนี้ ท่านได้ดำเนินการตามคำสั่งของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อเรียบร้อยแล้ว เจ้าพนักงาน
ควบคุมโรคติดต่อจึงขอยกเลิกคำสั่งที่ / ลงวันที่
นับแต่ขณะที่ท่านได้รับคำสั่งนี้เป็นต้นไป

ขอแสดงความนับถือ

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

เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ