****

**แบบยืนยันแสดงตนว่าไม่เข้าข่ายสงสัยเป็นผู้ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)**

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ข้าพเจ้าไม่ได้มาจาก/หรือไม่ได้เดินทางไปยัง/หรืออาศัยอยู่ในประเทศดังต่อไปนี้ จีน ฮ่องกง มาเก๊า ไต้หวัน สิงคโปร์ ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ อิตาลี อิหร่าน ฝรั่งเศส เยอรมัน

2. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าไม่มีคนใกล้ชิด/หรือสมาชิกในครอบครัวที่เดินทางกลับมาจากประเทศ ดังต่อไปนี้ จีน ฮ่องกง มาเก๊า ไต้หวัน สิงคโปร์ ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ อิตาลี อิหร่าน ฝรั่งเศส เยอรมัน

3. ข้าพเจ้าไม่ได้เป็นผู้ที่ประกอบอาชีพ/หรือสัมผัสใกล้ชิดกับชาวต่างชาติ/หรือนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ

4. ข้าพเจ้าไม่เป็นผู้ที่มีประวัติใกล้ชิด/หรือสัมผัสกับผู้ป่วยเข้าข่าย/หรือยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

5. แม้นข้าพเจ้าไม่ได้มาจากประเทศกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวหากข้าพเจ้ามีอาการไข้ ข้าพเจ้าขอถอนตัว จากการแข่งขันในครั้งนี้

6. หากตรวจพบในภายหลังว่าข้าพเจ้าปกปิดข้อมูลให้การเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินดีรับโทษตาม พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ.2558

7. หากมีผู้ร้องเรียนว่า ข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตาม 6 ข้อข้างต้น ให้แพทย์หรือพยาบาลเป็นผู้วินิจฉัยว่า จะให้เข้าร่วมแข่งขันหรือไม่และให้ถือว่าการวินิจฉัยโดยแพทย์หรือพยาบาลนั้นเป็นที่สิ้นสุด ไม่มีสิทธิ์อุทธรณ์

 ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าได้รับทราบข้อความดังกล่าวด้วยตนเอง

 ลงชื่อ .

 ( )

 ลงชื่อ พยาน

 ( )