



แบบฟอร์มขออนุญาตเข้ามาภายในมหาวิทยาลัยบูรพา วิทยาเขตจันทบุรี
(สำหรับบุคลากรและผู้มีความจำเป็นเข้ามาปฏิบัติงาน)

๑. ชื่อ - สกุล.....
หน่วยงานที่สังกัด.....เบอร์โทรศัพท์.....
อีเมล.....(มหาวิทยาลัยจะแจ้งผลการขออนุญาตทางอีเมล)
๒. ประวัติการรับวัคซีน COVID-19
 ได้รับวัคซีนแล้ว
เข็มที่ ๑ Sinovac Astrazeneca Sinopharm Pfizer Moderna
เข็มที่ ๒ Sinovac Astrazeneca Sinopharm Pfizer Moderna
เข็มที่ ๓ Sinovac Astrazeneca Sinopharm Pfizer Moderna
 กำลังรอรับวัคซีน เข็มที่... Sinovac Astrazeneca Sinopharm Pfizer Moderna
 ยังไม่เคยได้รับวัคซีน
๓. ข้อมูลภาวะเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙
 เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ รักษาหายแล้ว มีภาวะเสี่ยง อยู่ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ
 ไม่มีภาวะเสี่ยง
๔. ก่อนเดินทางเข้ามาภายในมหาวิทยาลัย ท่านเดินทางไปจังหวัดสีแดงเข้มหรือไม่ เดินทาง ไม่ได้เดินทาง
๕. ท่านเคยตรวจหาเชื้อหรือไม่
 เคย โดยวิธี RT-PCR (Swab) เคย โดยวิธี Antigen Test Kit (ATK)
 ไม่เคย
๖. เหตุผลที่ท่านมีความจำเป็นต้องเข้ามาภายในมหาวิทยาลัย (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
 เข้ามาปฏิบัติงาน เข้าพักในอาคารที่พักบุคลากร/ที่พักบุคลากรชั้นเดียว
 อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
๗. ท่านมีความจำเป็นต้องเข้ามาภายในมหาวิทยาลัย วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.
๘. สถานที่ที่ท่านเข้ามาใช้/ปฏิบัติงานภายในมหาวิทยาลัย
 อาคาร ๑๐๐ ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ อาคารเรียนรวม
 อาคารเทคโนโลยีสารสนเทศ อาคารศูนย์วิจัยเทคโนโลยีทางทะเล
 อาคารปฏิบัติการอัญมณีและเครื่องประดับ อาคารปฏิบัติการเทคโนโลยีการเกษตร
 อาคารศูนย์กิจกรรมนิสิต อาคารที่พักบุคลากร
 กลุ่มอาคารหอพักนิสิต อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ..... (คนบตี/รองอธิการบดี)

(.....)

วันที่...../...../.....

*****ยื่นเอกสารนี้ต่อคนบตี/รองอธิการบดี ก่อนเดินทางเข้ามหาวิทยาลัยอย่างน้อย ๓ วันทำการ*****

แบบประเมินความเสี่ยง มหาวิทยาลัยบูรพา วิทยาเขตจันทบุรี
(สำหรับบุคลากรและผู้มีความจำเป็นเข้ามาปฏิบัติงาน)

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ทำขึ้นเพื่อเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ขอความร่วมมือผู้ที่เดินทางกลับมาจากภูมิลำเนา สถานที่ต่างๆ ในช่วงปิดภาคเรียน ให้กรอกข้อมูลก่อนเดินทางกลับเข้ามาภายในมหาวิทยาลัยบูรพา วิทยาเขตจันทบุรี ตามความเป็นจริง

๑. ข้อมูลส่วนตัว

ชื่อ-สกุล (นาย/นางสาว).....
หน่วยงานที่สังกัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

๒. ข้อมูลการเดินทาง

๒.๑ ภูมิลำเนา.....
๒.๒ สถานที่หรือจังหวัดที่ได้เดินทางไปท่องเที่ยวหรือเข้าพักอาศัย ในช่วงวันปิดภาคเรียนที่ผ่านมา โปรดระบุรายละเอียด.....
๒.๓ ประเภทพาหนะในการเดินทางเข้ามายังจังหวัดจันทบุรี

๓. ข้อมูลความเสี่ยงด้านสุขภาพ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ○ คำตอบที่ท่านต้องการตอบ

ข้อความคำถาม	ข้อความคำตอบ
๓.๑ ท่านเดินทางมาจาก หรือไปยัง หรืออาศัยอยู่ในจังหวัดพื้นที่สีแดง ใน ๑๔ วันที่ผ่านมา	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
๓.๒ ท่านเดินทางมาจาก หรือไปยัง หรืออาศัยอยู่ในจังหวัดพื้นที่สีส้ม ใน ๑๔ วันที่ผ่านมา	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
๓.๓ ท่านเดินทางมาจาก หรือไปยัง หรืออาศัยอยู่ในจังหวัดพื้นที่สีเหลือง ใน ๑๔ วันที่ผ่านมา	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
๓.๔ ท่านเดินทางมาจาก หรือไปยัง หรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีรายงานการติดเชื้อของโรค COVID-๑๙ ใน ๑๔ วันที่ผ่านมา (ใหม่ไลน์ของผู้ติดเชื้อ)	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
๓.๕ ท่านมีความใกล้ชิดหรือสัมผัสกับผู้ป่วยเข้าข่ายหรือยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ใน ๑๔ วันที่ผ่านมา	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
๓.๖ ท่านมีความสงสัยว่าตนเองจะติดเชื้อ COVID-๑๙ หรือไม่	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
๓.๗ ท่านคิดว่าตนเองเป็นผู้สัมผัสที่มีความเสี่ยงสูงหรือไม่	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
๓.๘ ท่านมีอาการระบบทางเดินหายใจ ใดๆอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ “ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ หายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบาก	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
๓.๙ ท่านพบอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่ เช่น ไม่มีไข้ มีน้ำมูกไหล ตาแดง มีผื่น	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
๓.๑๐ ท่านได้ปฏิบัติตามมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมอย่างต่อเนื่อง	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
๓.๑๑ ท่านได้ล้างมือด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจล หรือ แอลกอฮอล์สเปรย์ เป็นประจำ	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
๓.๑๒ ท่านได้สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่อยู่นอกห้องพัก	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่

๔. ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....
(.....)