

เลขรับที่.....

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ

เขียนที่.....

.....

.....

**คำขอสมัครเข้าร่วมเป็นสถานกักกันในกิจการเพื่อสุขภาพ (Wellness Quarantine)
สำหรับผู้ป่วย/ผู้รับบริการชาวต่างชาติ และผู้ติดตาม ที่เดินทางกลับเข้ามาในราชอาณาจักรไทย**

1. ข้าพเจ้า (ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการเพื่อสุขภาพ)

 1.1 ชื่อ.....เลขประจำตัว สัญชาติ..... อายุ.....ปี 1.2 นิตินบุคคล.....โดย (1).....เลขประจำตัว โดย (2).....เลขประจำตัว

ชื่อโรงพยาบาล.....

ใบอนุญาตเลขที่.....

2. สถานที่ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่..... ซอย/ตรอก.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

3. ลักษณะของกิจการเพื่อสุขภาพ Medical Spa/Wellness Resort/Spa Resort Long Term Care

4. พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย จำนวน.....ฉบับ คือ

4.1 สำเนาบัตรประจำตัว และหนังสือรับรองบริษัท

4.2 สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการเพื่อสุขภาพ

4.3 แบบประเมินตนเอง (Self-Assessment) 3 หมวด

4.4 ขั้นตอนการดำเนินงาน (Work Flow) ของกิจการเพื่อสุขภาพ (Wellness Quarantine)

4.5 รายละเอียดกิจกรรมที่ให้บริการ/แพคเกจ

4.6 สัญญาการทำ MoU ที่ทำร่วมกับโรงพยาบาล เพื่อตรวจผล Lab ทางห้องปฏิบัติการโรงพยาบาล รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วย (Refer) เพื่อรับการรักษาต่อในกรณีฉุกเฉิน หรือมีผลทางห้องปฏิบัติการเป็น Detectable

4.7 ประมวลการผู้ป่วย/ผู้รับบริการชาวต่างชาติ รวมถึงผู้ติดตาม ที่จะเดินทางเข้ามาใช้บริการในกิจการเพื่อสุขภาพ จำแนกรายสัญชาติ และช่องทางการเดินทางเข้าสู่ราชอาณาจักรไทย ทางอากาศ/ทางบก เดือน พฤศจิกายน - ธันวาคม 2563

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่.....

พร้อมประทับตรากิจการเพื่อสุขภาพ

(โดยภายหลังจากท่านสมัครแล้ว กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จะจัดทำบัญชีของกิจการ เพื่อสุขภาพที่เข้าร่วมเป็นสถานกักกันรองรับการการจัดทำ Wellness Quarantine สำหรับชาวต่างชาติ และผู้ติดตาม และประกาศรายชื่อกิจการเพื่อสุขภาพตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดต่อไป)

หมายเหตุ

1) ระบุชื่อ-สกุลผู้ประสานงานของสถานประกอบการ (COVID Commander)

1.1 ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

E-mail.....ID Line.....

1.2 ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

E-mail.....ID Line.....

2) ท่านสามารถส่งแบบฟอร์มในการสมัคร กลับมาที่ กองสุขภาพระหว่างประเทศ ได้ 3 วิธี

2.1 **ทางจดหมาย:** ที่อยู่ กองสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข
อาคารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ชั้น 5 สาธารณสุขซอย 8
ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ
อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

2.2 **ทาง E-mail:** WQMOPH@gmail.com

2.3 **สมัครด้วยตนเอง**

