

| |
|-----------------------|
| เลขรับที่..... |
| วันที่..... |
| ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ |

คำขอสมัครสถานพยาบาลภาครัฐเข้าร่วมเป็นสถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือก
(Alternative Hospital Quarantine)
สำหรับผู้ป่วยชาวไทยและชาวต่างชาติรวมผู้ติดตามที่เดินทางกลับเข้ามาในราชอาณาจักรไทย

เขียนที่.....
.....

ส่วนที่ 1 สำหรับสถานพยาบาลที่ยื่นคำขอ

1. ข้าพเจ้า (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)

ชื่อ.....

เลขประจำตัว □□□□□□□□□□□□□□

2. สถานพยาบาลตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย/ตรอก.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

3. ลักษณะของสถานพยาบาล

- สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- สังกัดกรมการแพทย์
- สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
- สังกัดกรมแพทย์ทหารบก
- สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ
- สังกัดกรมแพทย์ทหารอากาศ
- สังกัดสำนักงานแพทย์ใหญ่ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
- สังกัดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
- สังกัดสภาอากาศไทย
- สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- อื่น ๆ.....

จำนวน.....เตียง

4. พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย จำนวน.....ฉบับ ดังนี้

4.1 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

4.2 จำนวน Isolation Room/AIR-ICU/Modified AIR หรือ Cohort Ward

4.3 แบบแปลนระบุพื้นที่ที่แยกออกจากระบบปกติรองรับ Alternative Hospital Quarantine

- 4.4 ขั้นตอนการดำเนินงาน (Work Flow) ที่แยกออกจากระบบปกติรองรับ Alternative Hospital Quarantine
- 4.5 แบบประเมินตนเอง 3 หมวด (แบบ AHQ-Hos.2)
- 4.6 รายชื่อสถานพยาบาลที่ยื่นคำขอเป็นภาษาอังกฤษ (แบบ AHQ-Hos.3)

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่.....

พร้อมประทับตราสถานพยาบาล (ถ้ามี)

หมายเหตุ

- 1) ระบุชื่อ-สกุลผู้ประสานงานของสถานพยาบาล

1.1 ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

1.2 ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

- 2) ท่านสามารถส่งแบบฟอร์มในการสมัครที่ กองสุขภาพระหว่างประเทศ ได้ 3 วิธี

2.1 สมัครด้วยตนเอง

2.2 **ทางจดหมาย** : ที่อยู่ กองสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

อาคารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ชั้น 5 ซอยสาธารณสุข 8

ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ

อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

2.3 **ทาง E-mail** : publichealthhospital.ahq@gmail.com