

## แบบยืนยันการปฏิบัติตน

ข้าพเจ้า..... นิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ .....

รหัสประจำตัวนิสิต.....

เบอร์โทรศัพท์..... Email.....

ที่พักอาศัยขณะที่ศึกษา

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

ขอยืนยันการปฏิบัติตนดังนี้

ข้าพเจ้าไม่ได้พักอาศัย / เดินทางไปในพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด

ระหว่างวันที่(ระบุวันที่ก่อนเข้าคณะ).....

ข้าพเจ้าไม่ได้สัมผัสหรือใกล้ชิดผู้ป่วย/สงสัยติดเชื้อ COVID - 19

ภายใน 14 วัน ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่

- มีไข้
- ไอ
- มีน้ำมูก
- เจ็บคอ
- หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย
- จมูกไม่ได้กลิ่น/หรือได้กลิ่นลดลง
- ลิ้นไม่รับรสชาติ/รับรสน้อยลง

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลที่ให้เป็นความจริง และจะปฏิบัติตามประกาศ ของคณะเภสัชศาสตร์ ของมหาวิทยาลัย และของจังหวัดนครนายก เรื่อง แนวทางการดำเนินการภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงนาม..... ลงนาม.....

(.....)

(.....)

นิสิตเภสัชศาสตร์

ผู้ปกครอง

วันที่.....

วันที่.....