

การยินยอมที่จะเข้ารับการกักกันในพื้นที่ควบคุมโรคของรัฐทางเลือก (Alternative State Quarantine) เป็นเวลา ๑๔ วันเมื่อเดินทางกลับถึงประเทศไทย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว _____

วัน/เดือน/ปีเกิด _____ หมายเลขหนังสือเดินทาง _____

หรือ บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ _____ วันที่ออกเดินทาง _____

วันที่มาถึงประเทศไทย _____ หมายเลขเที่ยวบิน _____ ได้แสดงความจำนงเดินทางกลับประเทศไทยและได้ลงทะเบียนกับสถานเอกอัครราชทูต ณ กรุง _____ ประเทศ _____ เป็นที่เรียบร้อยแล้วเพื่อขออนุญาตเดินทางเข้าประเทศไทยตามข้อกำหนดที่ออกตามความในมาตรา ๙ แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินพ.ศ.๒๕๔๘ ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๖๓ โดยข้าพเจ้ายินยอมที่จะเข้ารับการกักกันเฝ้าระวังโรคทางเลือก (Alternative State Quarantine) ในสถานที่ที่รัฐกำหนด เป็นเวลา ๑๔ วันเมื่อเดินทางกลับถึงประเทศไทย และยอมรับที่จะปฏิบัติตามข้อบังคับในระหว่างการเข้าพัก

ลงนาม นาย/นาง/นางสาว _____

(_____)

วันที่