

การยินยอมที่จะเข้ารับการกักกันในพื้นที่ควบคุมโรคของรัฐทางเลือก (Alternative State Quarantine)
เป็นเวลา ๑๔ วันเมื่อเดินทางกลับถึงประเทศไทย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว _____ วัน/เดือน/ปีเกิด _____

หมายเลขหนังสือเดินทาง _____ หรือ บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ _____

วันที่ออกเดินทาง _____

วันที่มาถึงประเทศไทย _____ หมายเลขเที่ยวบิน _____ ได้แสดงความจำนงเดินทางกลับ

ประเทศไทยและได้ลงทะเบียนกับสถานเอกอัครราชทูต ณ กรุง _____ ประเทศ _____ เป็น

ที่เรียบร้อยแล้วเพื่อขออนุญาตเดินทางเข้าประเทศไทยตามข้อกำหนดที่ออกตามความในมาตรา ๙ แห่งพระราช

กำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๔๘ ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๖๓ โดย

ข้าพเจ้ายินยอมที่จะเข้ารับการกักกันเฝ้าระวังโรคทางเลือก (Alternative State Quarantine) ในสถานที่ที่รัฐกำหนด

เป็นเวลา ๑๔ วันเมื่อเดินทางกลับถึงประเทศไทย และยอมรับที่จะปฏิบัติตามข้อบังคับในระหว่างการเข้าพัก

ลงนาม นาย/นาง/นางสาว _____

(_____)

วันที่ _____