

เลขรับที่.....
วันที่.....
ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ

**คำขอสมัครเข้าร่วมเป็นสถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือก (Alternative Hospital Quarantine)
สำหรับผู้ป่วยชาวไทยและชาวต่างชาติรวมผู้ติดตามที่เดินทางกลับเข้ามาในราชอาณาจักรไทย**

เขียนที่.....
.....
.....

1. ข้าพเจ้า (ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล)

1.1 ชื่อ.....

เลขประจำตัว สัญชาติ.....อายุ.....ปี

1.2 นิตินบุคคล.....

โดย (1).....เลขประจำตัว

โดย (2)เลขประจำตัว

ชื่อโรงพยาบาล

ใบอนุญาตเลขที่

2. สถานพยาบาลตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย/ตรอก.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

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

3. ลักษณะสถานพยาบาล.....จำนวน.....เตียง

ขอสมัครเข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลรองรับการกักกันตัวของผู้ป่วยชาวไทยและชาวต่างชาติใน
สถานพยาบาลเอกชน (Alternative Hospital Quarantine)

4. พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย จำนวน.....ฉบับ คือ

4.1 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และหนังสือรับรองบริษัท

4.2 สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

4.3 แบบประเมินสถานพยาบาล 3 หมวด (ประเมินตนเอง)

4.4 แบบแปลนระบุพื้นที่รองรับ Alternative Hospital Quarantine

4.5 แผนงานขั้นตอนการดำเนินงาน (Work Flow) ของสถานพยาบาลรองรับ Alternative Hospital Quarantine

4.6 รายละเอียดผู้ป่วยและผู้ติดตามที่จะเดินทางเข้ามารับการรักษายาพยาบาลจำแนกรายสัญชาติ

และช่องทางการเดินทางเข้าสู่ราชอาณาจักรไทย (ทางอากาศ) เดือนกรกฎาคม – กันยายน 2563

หมายเหตุ : กรณีสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ให้แนบเอกสารข้อตกลงหรือสัญญา กับโรงพยาบาลที่ประสงค์
จะนำผู้ป่วยและผู้ติดตามเข้าไปพักด้วย

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่.....

พร้อมประทับตราสถานพยาบาล

(โดยภายหลังจากท่านสมัครแล้ว กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จะจัดทำบัญชีของสถานพยาบาลที่เข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลรองรับการการจัดทำ Alternative Hospital Quarantine สำหรับกลุ่มชาวไทยและชาวต่างชาติ และประกาศรายชื่อสถานพยาบาลตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดต่อไป)

หมายเหตุ

1) ระบุชื่อ-สกุลผู้ประสานงานของสถานพยาบาล

1.1 ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

1.2 ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

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** : medicalhub.hss62@gmail.com , medicalhub.hss@gmail.com

2.3 **ทางโทรสาร** : 02-1495630