

แบบฟอร์มรายงานการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 จากการปฏิบัติงานของพยาบาล  
เพื่อขอรับสวัสดิการช่วยเหลือจากสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

1. ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี
2. สถานที่ปฏิบัติงาน.....
3. ลักษณะการปฏิบัติงาน .....
4. การเป็นสมาชิกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ  
 ไม่เป็นสมาชิก  เป็น เลขสมาชิก.....(โปรดระบุ และแนบหลักฐาน)
5. ได้รับการยืนยันผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยวิธี.....  
จาก.....เมื่อวันที่..... (โปรดแนบเอกสารผลการตรวจ)
6. ผู้บังคับบัญชา  
ชื่อ สกุล .....ตำแหน่ง.....
7. ขอยืนยันว่า นาย/นาง/นางสาว ..... ติดเชื้อจากการปฏิบัติงานจริง
8. รายละเอียด/ที่มาของการติดเชื้อและการรับการรักษาพยาบาล  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....
9. ความเห็นของผู้บังคับบัญชา เพิ่มเติม  
.....  
.....  
.....  
.....
10. ข้อมูลเพิ่มเติม (ถ้ามี)  
.....  
.....

ลงชื่อ.....  
( )

ผู้ขอรับสวัสดิการ

ลงชื่อ.....  
( )

ผู้บังคับบัญชา