



เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ตามที่ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....ได้แจ้งความ
จำนงที่จะเดินทางกลับประเทศไทย ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ข้าพเจ้าขอ
ยืนยันว่า เมื่อข้าพเจ้าเดินทางกลับถึงประเทศไทย ข้าพเจ้ายอมรับที่จะต้องกักกันตัว ในสถานที่กักกันโรคแห่ง
รัฐทางเลือก เป็นเวลา 15 คืน 16 วัน รวมทั้งยอมที่จะปฏิบัติตามระเบียบการเข้าพักสำหรับผู้กักตัวตามที่ทาง
โรงแรม และโรงพยาบาลกำหนดทุกประการ ที่สอดคล้องกับมาตรการของศูนย์บริหารสถานการณ์โรคระบาด ที่
จะครอบคลุมถึงความปลอดภัย, การใช้สถานที่ ฯลฯ และจะแจ้งให้ญาติของข้าพเจ้าทราบว่า ไม่ต้องเดินทาง
มารับข้าพเจ้าที่ท่าอากาศยานเมื่อเดินทางกลับมาถึงประเทศไทย

ลงชื่อ.....

(นาย/นาง/นางสาว).....ตัวบรรจง