

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน

วัน เดือน ปี	รายละเอียดรายจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
๑๒ เม.ย ๖๕	- ค่าพาหนะจากบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบลกะลวอ.....อำเภอ.....เมือง.....จังหวัด... นราธิวาส..... รหัสไปรษณีย์.....๙๖๐๐๐..... ถึงบ้านพักเลขที่..... หมู่ที่.....ตำบล.....กะลวอ.....อำเภอ.....เมือง..... จังหวัด.....นราธิวาส.....รหัสไปรษณีย์.....๙๖๐๐๐..... จำนวน.....๑๕.....วัน (ไป - กลับ) เป็นเงิน	๗๐๐	ค่าพาหนะวัน ละ ๕๐ บาท
	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๗๐๐	

รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร) (๖๖๑ ร้อยบาทถ้วน)

(ลงชื่อ).....สุรดาชาติ.....
(น.ส สุรดาชาติ ๐๓/๐๔)
วันที่ ๑๓ / ๔ / ๖๕

(ลงชื่อ).....อำนาจ.....
(น.ส อำนาจ สุทาข่อ)
วันที่ ๑๒ / ๔ / ๖๕

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 9601 00262 77 1

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. นุรฮายาตี ดาโอะ
 Name Miss Noorhayatee
 Last name Da-oh
 เกิดวันที่ 5 ก.พ. 2522 Date of Birth 5 Feb. 1979
 ศาสนา อิสลาม
 ที่อยู่ 109/10 หมู่ที่ 4 ต.กะลวอ อ.เมืองนราธิวาส จ.นราธิวาส
 19 ก.พ. 2559 วันที่ออกบัตร 19 Feb. 2016 Date of Issue
 รศท.สารวดี (กำกับดูแล) เจ้าพนักงานออกบัตร
 4 ก.พ. 2568 วันที่บัตรหมดอายุ 4 Feb. 2025 Date of Expiry
 9601-03-02191129



คำแยกตัว
 (นุรฮายาตี)
 นุรฮายาตี ดาโอะ

BORA-1-01

ประเทศไทย THAILAND

JT2-0989281-14

224

แบบคัดกรองเฉพาะรายผู้เดินทางกลับจากประเทศพื้นที่ระบาดต่อเนื่องโรค COVID-19 อำเภอเมืองนราธิวาส จังหวัดนราธิวาส

ชื่อ-สกุล **Mr. Moudrya** นามสกุล **การะเวง** ที่อยู่ **7/1 ซ.4 ต.น.จ.อ.** ผู้สัมผัสร่วมบ้าน **6** คน

เดินทางประเทศ **มาเลเซีย** จังหวัด **ที่อยู่ประเทศเดินทาง.....** วันที่คัดกรองครั้งแรก **28/3/64**

วันที่ผู้เดินทางกลับจากประเทศพื้นที่ระบาดต่อเนื่องโรค COVID-19

อาการและอาการแสดง	วันแรก		วันที่ผู้เดินทางกลับจากประเทศพื้นที่ระบาดต่อเนื่องโรค COVID-19														
	มี	ไม่มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
ไข้ (ระบุ Temp)			37.2	37.4	35.9	37.2	37.5	36.2	36.4	36.5	36.9	36.2	36.4	36.1	35.8	35.9	36.2
ไม่มีอาการ			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
วันเริ่มป่วย																	
ไอ			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
เจ็บคอ			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ปวดกล้ามเนื้อ			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
มีน้ำมูก			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
มีเสมหะ			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
หอบเหนื่อย			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ปวดศีรษะ			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
หายใจลำบาก			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ถ่ายเหลว			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
อื่น ๆ ระบุ.....																	
อื่น ๆ ระบุ.....																	

หมายเหตุ:ประเทศกลุ่มเสี่ยงที่กระทรวงสาธารณสุขพิจารณาจะประกอบด้วย จีน ฮองกง มาเก๊า ไต้หวัน สิงคโปร์ ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ อิตาลี และอิหร่าน