

หนังสือรับรองว่าจะไม่เรียกร้องค่าใช้จ่ายหรือสิทธิต่าง ๆ  
ในโครงการพื้นที่ควบคุมโรคแห่งรัฐทางเลือก ๑๔ วัน (Alternative State Quarantine)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ๒๕๖๓

ตามที่ข้าพเจ้า (ชื่อ - สกุล) ..... หมายเลขประจำตัวประชาชน  
..... หนังสือเดินทางเลขที่.....ตั้งบ้านเรือนอยู่ที่เลขที่  
.....แขวง/ตำบล.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

เป็นผู้มีสิทธิได้รับการป้องกันโรคและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ในการกักกันตัวข้าพเจ้า  
เพื่อสังเกตอาการของโรค covid 19 (state quarantine) นั้น ข้าพเจ้าทราบถึงสิทธิดังกล่าวดีแล้ว  
แต่ข้าพเจ้าขอสละสิทธิดังกล่าวสำหรับตนเอง เนื่องจากข้าพเจ้ามีความสมัครใจจะขอเข้ากักตัวเพื่อสังเกตอาการ  
ของโรคดังกล่าวในโครงการพื้นที่ควบคุมโรคแห่งรัฐทางเลือก ๑๔ วัน (alternative state quarantine 14 days)  
ซึ่งข้าพเจ้าจะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายในกรณีนี้เองทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้าจะไม่ขอเรียกร้องค่าใช้จ่ายหรือสิทธิต่าง ๆ  
รวมทั้งค่าตอบแทนและค่าชดเชยใด ๆ จากรัฐ ขณะทำหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ดีทุกประการ

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความโดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ) .....

( )

