



ประกาศโรงเรียนวิทยาศาสตร์จุฬาราชวิทยาลัย มุกดาหาร

เรื่อง ปิดสถานศึกษาด้วยเหตุพิเศษ

ตามที่ได้มีคำสั่งจังหวัดมุกดาหาร ที่ ๓๐๘๔/๒๕๖๔ เรื่อง ปิดสถานที่เสี่ยงต่อการแพร่ของโรคเป็นการชั่วคราว และห้ามดำเนินการหรือจัดกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการแพร่โรค ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๔ โดยให้งดจัดกิจกรรมการเรียนการสอนและการสอบที่ดำเนินการตามปกติในโรงเรียนหรือสถานศึกษาทุกประเภท รวมทั้งศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทุกแห่ง ตั้งแต่วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๔ จนถึงวันที่ ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๔

ในระหว่างที่ปิดสถานศึกษาด้วยเหตุพิเศษ โรงเรียนจะจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ ตามตารางเรียนและห้องเรียน Online ห้างเดิม ตั้งแต่วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๔ จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนที่กลับเข้าเรียน Onsite อีกครั้ง ขอให้นักเรียนให้กักตัวเองอยู่ที่บ้าน โดยให้ปฏิบัติตามมาตรการ DMHTTA อย่างเคร่งครัด ตั้งแต่วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๔ เป็นต้นไป พร้อมบันทึกไทม์ไลน์ในแต่ละวันให้เป็นปัจจุบันตามเอกสารที่แนบมาพร้อมประกาศนี้ และเมื่อโรงเรียนประกาศให้เข้ามาเรียน Onsite ได้อีกครั้ง ให้นำเอกสารหลักฐานนี้มาแสดงต่อทางโรงเรียนให้ครบถ้วนและให้นักเรียนติดตามข่าวสารจากทางโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง

ประกาศ ณ วันที่ ๕ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

(นายชาติรี ประดุงชนม์)

ผู้อำนวยการโรงเรียนวิทยาศาสตร์จุฬาราชวิทยาลัย มุกดาหาร

หนังสือรับรองการกักตัวเองที่บ้าน (Home Quarantine)

โรงเรียนวิทยาศาสตร์จุฬาราชวิทยาลัย มุกดาหาร

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า (ชื่อ-สกุล).....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน/เลขที่หนังสือเดินทาง.....
อายุ.....ปี สัญชาติ.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....
ถนน.....แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
จังหวัดซึ่งเป็นกักตัวเองที่บ้าน (Home Quarantine) ณ.....
ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.๒๕๖๔ ถึงวันที่ เดือน พ.ศ. ๒๕๖๔
รวมเป็นระยะเวลา.....วัน บัดนี้ครบตามระยะเวลาที่กำหนดแล้ว

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้กักตัว

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้รับรอง

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน

ลำดับที่.....

อุณหภูมิ.....

แบบคัดกรองนักเรียนเข้าเรียนพักนอน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.๒๕๖๔

๑. ข้อมูลส่วนตัว

ชื่อ-สกุล.....ชั้น ม...../.....รหัสประจำตัว.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน/เลขที่หนังสือเดินทาง.....

อายุ.....ปี สัญชาติ.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

๑. ท่านไม่ได้ไปพื้นที่เสี่ยงหรือพื้นที่ควบคุมสูงสุด

ใช่ ไม่ใช่ อื่นๆระบุ.....

๒. ท่านไม่ได้สัมผัสกับบุคคลที่มาจากพื้นที่เสี่ยง

ใช่ ไม่ใช่ อื่นๆระบุ.....

๓. ท่านสัมผัสใกล้ชิดกับประชาชนที่มาจากพื้นที่ที่มีรายงานการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือไม่

ใช่ ไม่ใช่ อื่นๆระบุ.....

๔. ท่านมีประวัติใกล้ชิดหรือสัมผัสกับผู้ป่วยเข้าข่ายหรือยืนยันโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือไม่

ใช่ ไม่ใช่ อื่นๆระบุ.....

๕. ท่านหรือคนใกล้ชิดเดินทางไปที่มีผู้ชุมนุมจำนวน ๑๐๐ คน ในช่วงเวลา ๓ วัน ก่อนหน้านั้นหรือไม่

ใช่ ไม่ใช่ อื่นๆระบุ.....

๒. สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

๑. การเจ็บป่วย ๑๔ วันย้อนหลัง

ไม่มีอาการ
 มีอาการ
 ไข้ ไอ มีน้ำมูก () อื่นๆ.....

๒. ประวัติการเดินทาง ๑๔ วันย้อนหลัง

อยู่ในจังหวัดมุกดาหาร
 มาจากจังหวัด.....อำเภอ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้คัดกรอง