 **บันทึกข้อความ**

**ส่วนราชการ**

**ที่**  **วันที่**

**เรื่อง** ขออนุญาตให้บุคลากรปฏิบัติงาน ณ ที่พักอาศัย (Work From Home) เนื่องจากเป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูง

 กับผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อโควิด-19

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ตามที่ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร ได้ออกประกาศ เรื่อง มาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (ปีการศึกษา พ.ศ. ๒๕๖๕) ฉบับที่ ๓ ตามข้อ ๓.๒ และข้อ 3.4 นักศึกษาและบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร เป็นผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อโควิด-19 หรือมีประวัติเป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อโควิด-19 ต้องแจ้งข้อมูลมาที่ “ศูนย์บริการจัดการความเสี่ยงมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร” งานอนามัยและสุขาภิบาล ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

 ในการนี้ (คณะ/สำนัก/สถาบัน/กอง)...................................................... มี**บุคลากรเป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูงกับผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อโควิด-19** จำนวน ........................ ราย โดยเป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดกับ (บิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร/อื่น ๆ โปรดระบุ.....................................) ซึ่งมีบุคลากรในสังกัด คือ (นาย/นาง/นางสาว)....................................................... ตำแหน่ง ...............................................จึงขออนุญาตให้ปฏิบัติงาน ณ ที่พักอาศัย (Work From Home) ตั้งแต่วันที่................................. ถึง....................................... พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นระยะเวลา ๕ วัน ทั้งนี้ได้แนบหลักฐานยืนยันการติดเชื้อโควิด-19 ของผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อโควิด-19 จากสถานพยาบาลที่บุคลากรได้สัมผัสเสี่ยงสูง มาพร้อมหนังสือนี้แล้ว จำนวน............ฉบับ

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

 ( )

 ตำแหน่ง หัวหน้าส่วนราชการ

 **บันทึกข้อความ**

**ส่วนราชการ**

**ที่**  **วันที่**

**เรื่อง** ขออนุญาตให้บุคลากรรักษาตัวที่บ้านและปฏิบัติงาน ณ ที่พักอาศัย (Work From Home) เนื่องจาก
 เป็นผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อโควิด-19

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ตามที่ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร ได้ออกประกาศ เรื่อง มาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (ปีการศึกษา พ.ศ. ๒๕๖๕) ฉบับที่ ๓ ตามข้อ ๓.๒ และข้อ 3.4 นักศึกษาและบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร เป็นผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อโควิด-19 หรือมีประวัติเป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อโควิด-19 ต้องแจ้งข้อมูลมาที่ “ศูนย์บริการจัดการความเสี่ยงมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร” งานอนามัยและสุขาภิบาล ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

 ในการนี้ (คณะ/สำนัก/สถาบัน/กอง)...................................................... มี**บุคลากรเป็นผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อโควิด-19** จำนวน ........ ราย คือ (นาย/นาง/นางสาว)..................................................................... ตำแหน่ง ...................................................จึงขออนุญาตรักษาตัวที่บ้านและปฏิบัติงาน ณ ที่พักอาศัย (Work From Home) ตั้งแต่วันที่.............................. ถึง............................ พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นระยะเวลา ๑๐ วัน ทั้งนี้ได้แนบหลักฐานยืนยันผลการตรวจหาเชื้อโควิด-19 จากสถานพยาบาลมาพร้อมหนังสือนี้แล้ว จำนวน ................ ฉบับ

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

 ( )

 ตำแหน่ง หัวหน้าส่วนราชการ