



แบบประเมินผู้สมัครสอบตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโรค COVID-19
สำหรับผู้ลงทะเบียนสอบวันที่ 5-6 มกราคม 2565

ศูนย์ทดสอบทางวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารจามจุรี 8 ชั้น 3 ถ.พญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-3717 โทรสาร 0-2218-3710

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Mr./ Miss /Mrs.(ตัวบรรจง)

เลขประจำตัวประชาชน/เลขที่หนังสือเดินทาง วันที่สอบ.....

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ E-Mail:

- (สถานที่พำนัก) ตั้งแต่วันที่ 22 ธันวาคม 2564** ข้าพเจ้าพำนักอยู่ในพื้นที่จังหวัด.....
- (การเดินทาง) ตั้งแต่วันที่ 22 ธันวาคม 2564**
 - ข้าพเจ้าไม่ได้เดินทางออกจากจังหวัดที่เป็นที่พำนัก
 - ข้าพเจ้าเดินทางไปจังหวัดเพื่อ.....
 - ข้าพเจ้าเดินทางมาจากท้องที่นอกราชอาณาจักรไทย โดยมาจากประเทศ..... และเดินทางถึงประเทศไทย เมื่อวันที่ และได้พ้นระยะการกักตัวอย่างน้อย 7-10 วัน ตามที่ประกาศโดย ศบค. และปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโรค COVID-19 ที่ประกาศโดยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแล้ว
- (การสัมผัสผู้มีความเสี่ยงติดเชื้อโรค COVID-19) ตั้งแต่วันที่ 22 ธันวาคม 2564**
 - ข้าพเจ้าไม่ได้สัมผัสหรือใกล้ชิดผู้ติดเชื้อโรค COVID-19 หรือผู้ที่ใกล้ชิดผู้ติดเชื้อโรค COVID-19
 - ข้าพเจ้าสัมผัสหรือใกล้ชิดผู้ติดเชื้อโรค COVID-19 หรือ สัมผัสผู้ที่ใกล้ชิดผู้ติดเชื้อโรค COVID-19 หรือ เคยติดเชื้อโรค COVID-19 และรักษาจนหายป่วยหลังวันที่ 22 ธันวาคม 2564 (ผู้เข้าสอบต้องนำผลตรวจ Antigen Test จากสถานพยาบาล ที่มีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจรับรอง ไม่เกิน 3 วันก่อนสอบ มายื่นต่อกรรมการคุมสอบ ไม่ว่าจะเคยฉีดวัคซีนแล้วหรือไม่)
- (สำรวจอาการป่วย) ตั้งแต่วันที่ 29 ธันวาคม 2564**
 - ข้าพเจ้าไม่มีอาการป่วยใด ๆ เกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ
 - ข้าพเจ้ามีอาการเป็นไข้ และมีอาการป่วยในระบบทางเดินหายใจ (ผู้เข้าสอบต้องนำผลตรวจ Antigen Test จากสถานพยาบาล ที่มีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจรับรอง ไม่เกิน 3 วันก่อนสอบ มายื่นต่อกรรมการคุมสอบ ไม่ว่าจะเคยฉีดวัคซีนแล้วหรือไม่)
- (การได้รับวัคซีน)**
 - ข้าพเจ้าได้ฉีดวัคซีนอย่างน้อยจำนวน 2 เข็มแล้วไม่น้อยกว่า 14 วันก่อนสอบ ชื่อวัคซีนเข็มที่สอง วันที่ฉีดเข็มที่สอง/...../..... (ผู้เข้าสอบต้องส่งไฟล์หลักฐานการฉีดวัคซีนผ่านระบบลงทะเบียนออนไลน์พร้อมแบบฟอร์มประเมินฉบับนี้)
 - ข้าพเจ้าได้ฉีดวัคซีนเพียง 1 เข็ม หรือ ฉีดเข็มที่สองน้อยกว่า 14 วันก่อนวันสอบ หรือ ยังไม่ได้ฉีดวัคซีน (ผู้เข้าสอบต้องนำผลตรวจ Antigen Test จากสถานพยาบาล ที่มีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจรับรอง ไม่เกิน 3 วันก่อนสอบ มายื่นต่อกรรมการคุมสอบ)

ข้าพเจ้ายินยอมรับและปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโรค COVID-19 ของศูนย์ทดสอบทางวิชาการฯ ซึ่งเป็นผู้จัดสอบอย่างเคร่งครัด รวมทั้งยินยอมให้ข้อมูลแก่ศูนย์ทดสอบทางวิชาการฯ เพิ่มเติม หากมีการร้องขอ

ลงชื่อ..... (ผู้สมัคร) วันที่...../ ธันวาคม 64

(ลงลายมือชื่อด้วยปากกา ห้ามพิมพ์)

หมายเหตุ ก. เนื่องจากได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID-19 เป็นโรคติดต่ออันตราย ตามพระราชบัญญัติ โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ดังนั้น หากผู้สมัครให้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ผู้สมัครอาจมีความผิดตามพระราชบัญญัติ โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 หมวด 9

ข. ผู้สมัครต้องส่งแบบประเมินฯ นี้ ให้คณะหรือหลักสูตรที่ต้องการเข้าศึกษา ภายในเวลาที่กำหนด หากพ้นกำหนดเวลาดังกล่าว ศูนย์ทดสอบทางวิชาการฯ อาจพิจารณาไม่ให้เข้าสอบ

ข้อปฏิบัติและมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโรค COVID-19 สำหรับผู้เข้าสอบ

- ผู้เข้าสอบต้องแต่งกายชุดสุภาพ ตามที่กำหนดในเว็บไซต์ของศูนย์ทดสอบฯ
- ผู้เข้าสอบต้องรับการตรวจวัดอุณหภูมิของร่างกาย ณ จุดคัดกรองที่ 1 หากพบว่าอุณหภูมิร่างกายสูงตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป (ตามเครื่องมือตรวจวัดของศูนย์ทดสอบทางวิชาการฯ)

ไม่อนุญาตให้เข้าห้องสอบ

- ผู้เข้าสอบต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนหรือหนังสือเดินทาง เพื่อใช้เป็นหลักฐานแสดงตน ณ จุดคัดกรองที่ 2 และห้องสอบ
- ผู้เข้าสอบต้องสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลาในบริเวณอาคารสอบ ทั้งภายในและภายนอกห้องสอบ และล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ตามจุดที่กำหนด

ผู้เข้าสอบต้องปฏิบัติตามข้อปฏิบัติและมาตรการข้างต้นอย่างเคร่งครัด หากพบว่าผู้ใดไม่ปฏิบัติตาม จะไม่อนุญาตให้เข้าสอบ