

ด่วนที่สุด

ที่ นบ ๐๐๑๗.๓/ว ๕๘



ถึง รองผู้ว่าราชการจังหวัดนันทบุรี กองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายในจังหวัดนันทบุรี (ท.) ส่วนราชการประจำจังหวัด ส่วนราชการส่วนกลางที่มีสำนักงานตั้งอยู่ในจังหวัด หน่วยงานรัฐวิสาหกิจ โรงพยาบาล สถานศึกษา ที่ว่าการอำเภอ องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล ทุกแห่ง

พร้อมนี้ จังหวัดนันทบุรีขอส่งแบบหนังสือคำสั่งของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ แบบหนังสือ คำเตือนให้ดำเนินการตามคำสั่งของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ และแบบหนังสือคำสั่งเพื่อยกเลิกคำสั่ง ของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การดำเนินการหรือออกคำสั่งของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๖๐ ลงวันที่ ๒๒ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ มาเพื่อใช้ประกอบการพิจารณาดำเนินการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ และพนักงานเจ้าหน้าที่ ในการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉิน ตามประกาศจังหวัดนันทบุรี การมอบหมายภารกิจเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ และพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชกำหนดการบริหารราชการ สถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๔๘ จังหวัดนันทบุรี ลงวันที่ ๕ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๔



สำนักงานจังหวัดนันทบุรี
กลุ่มงานอำนวยการ
โทร ๐-๒๕๘๐-๐๗๐๖ ต่อ ๑๔๑๒๑
โทรสาร ต่อ ๑๔๑๕๕, ๑๔๑๖๖
(รณชัย อังกูร ๐๘ ๔๓๘๗ ๘๗๖๒)

“จังหวัดนันทบุรี เป็นเมืองน่าอยู่ (Livable City)”

แบบหนังสือ

คำสั่งของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ

ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการดำเนินการหรือออกคำสั่ง
ของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๖๐

คำสั่งเลขที่

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๔ แห่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ ประกอบกับข้อ ๒ แห่งประกาศ
กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการดำเนินการหรือออกคำสั่งของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ
พ.ศ. ๒๕๖๐ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ตำแหน่ง เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ
สังกัด/หน่วยงาน ได้พบว่า เกิดโรคติดต่ออันตราย เกิดโรคระบาด
 สงสัยว่าเกิดโรคติดต่ออันตราย สงสัยว่าเกิดโรคระบาด ได้แก่ โรค

ณ
จึงมีคำสั่งให้ (ชื่อ - นามสกุล) อายุ ปี สัญชาติ เพศ ชาย หญิง
เลขบัตรประจำตัวประชาชน/เลขที่หนังสือเดินทาง หมายเลขโทรศัพท์
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ ตั้งอยู่เลขที่ หมู่บ้าน/อาคาร ถนน
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

ดำเนินการดังต่อไปนี้

(๑) มารับการตรวจ มารับการรักษา มารับการชันสูตรทางการแพทย์ มารับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
ภายในวันที่ เดือน พ.ศ. เวลา น. ณ

(๒) เดินทางมาที่ เพื่อ แยกกัก กักกัน คุมไว้สังเกต
ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา น.
ถึงวันที่ เดือน พ.ศ. เวลา น.

(๓) " นำ (ชื่อ - นามสกุล) " อายุ ปี สัญชาติ " เพศ ชาย หญิง
เลขบัตรประจำตัวประชาชน/เลขที่หนังสือเดินทาง
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ ตั้งอยู่เลขที่ หมู่บ้าน/อาคาร ถนน
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด หมายเลขโทรศัพท์
เพื่อมา แยกกัก กักกัน คุมไว้สังเกต รับการตรวจ รับการรักษา รับการชันสูตรทางการแพทย์
 รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา น. ถึงวันที่ เดือน
พ.ศ. เวลา น. ณ

(๔) นำสัตว์ประเภท จำนวน ตัว
 มารับการตรวจ มารับการรักษา มารับการชันสูตรทางการแพทย์ มารับการป้องกันโรค
ภายในวันที่ เดือน พ.ศ. เวลา น. ณ

(๕) ให้นำศพ (นาย/นาง/นางสาว) ซากสัตว์ประเภท
ซึ่งตายหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าตายด้วยโรค ณ
 ไปรับการตรวจ จัดการทางการแพทย์ จัดการด้วยประการอื่นใด ระบุ
ภายในวันที่ เดือน พ.ศ. เวลา น. ณ

(๖) กำจัดความตืดโรค/ทำลาย

..... ที่มีหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่ามีเชื้อโรค

แก้ไขปรับปรุงการสุขาภิบาลให้ถูกสุขลักษณะโดยการ.....

ภายในวันที่ เดือน พ.ศ. เวลา..... น. จนกว่าเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ
จะมีคำสั่งให้ยกเลิก

(๗) กำจัดสัตว์/แมลง/ตัวอ่อนของแมลง ประเภท ที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค.....

ภายในวันที่ เดือน พ.ศ. ณ

(๘) ห้ามกระทำการ/ดำเนินการ

ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา..... น.

ถึงวันที่ เดือน พ.ศ. เวลา..... น.

เนื่องจากอาจก่อให้เกิดสภาวะที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ซึ่งอาจเป็นเหตุให้โรค แพร่ออกไป

(๙) ห้ามเข้าไป/ออกจาก

ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา..... น.

ถึงวันที่ เดือน พ.ศ. เวลา..... น.

(๑๐) เข้าไปใน (บ้าน/โรงเรียน/สถานที่)

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต จังหวัด

ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา..... น.

ถึงวันที่ เดือน พ.ศ. เวลา..... น.

เพื่อเฝ้าระวัง/ป้องกัน/ควบคุมมิให้มีการแพร่ของโรค.....

(๑๑) เข้าไปในพาหนะ ประเภท ยี่ห้อ รุ่น สี

หมายเลขทะเบียน/หมายเลข ที่มีหรือสงสัยว่ามีโรค

ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา..... น.

ถึงวันที่ เดือน พ.ศ. เวลา..... น.

เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมมิให้มีการแพร่ของโรค.....

อนึ่ง เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อมีอำนาจที่จะเข้าดำเนินการด้วยตนเองหรือมีคำสั่งให้บุคคลอื่นกระทำการแทนได้ หากท่านไม่พอใจคำสั่งหรือเห็นว่าไม่ได้รับความเป็นธรรม ท่านมีสิทธิอุทธรณ์คำสั่งนี้ต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อผู้ทำคำสั่งได้ ภายใน ๑๕ วัน นับแต่วันที่รับทราบคำสั่งนี้

ลงชื่อ
(.....)

เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ

ลงชื่อ
(.....)

ผู้รับคำสั่ง

ลงชื่อ
(.....)

พยาน (ถ้ามี)

ลงชื่อ
(.....)

พยาน (ถ้ามี)

แบบหนังสือ

คำเตือนให้ดำเนินการตามคำสั่งของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ
ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการดำเนินการหรือออกคำสั่ง
ของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๖๐

เขียนที่.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

ตามที่ (นาย/นาง/นางสาว).....เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ

สังกัด/หน่วยงาน..... ได้มีคำสั่งเลขที่

ลงวันที่ เดือน พ.ศ. ให้

ผู้อยู่ในบังคับของคำสั่ง ดำเนินการ

ภายในวันที่ เดือน พ.ศ. เวลา..... น.

ถึงวันที่ เดือน พ.ศ. เวลา..... น. นั้น

บัดนี้ ปรากฏว่าหรือมีเหตุอันควรเชื่อได้ว่าผู้อยู่ในบังคับของคำสั่งฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตาม
คำสั่งดังกล่าว เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อจึงมีคำเตือนให้ผู้อยู่ในบังคับของคำสั่งดำเนินการตามคำสั่งของ
เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อดังกล่าวภายใน

มิเช่นนั้น เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อหรือบุคคลที่เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดตอมอบหมายจะเข้าดำเนินการแทน
ด้วยวิธีการ

ทั้งนี้ เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต้อมีอำนาจเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินที่เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ
ใช้ดำเนินการป้องกันหรือควบคุมโรคได้ ในกรณีที่ปรากฏว่าวิธีการซึ่งใช้ในการดำเนินการที่กำหนดไว้ในคำเตือน
ไม่บรรลุวัตถุประสงค์

ลงชื่อ

(.....)

เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ

แบบหนังสือ

คำสั่งเพื่อยกเลิกคำสั่งของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ
ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการดำเนินการหรือออกคำสั่ง
ของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๖๐

คำสั่งที่.....

เขียนที่.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง ยกเลิกคำสั่งของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ

เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาคำสั่งของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อให้ดำเนินการ

ตามที่ เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ได้มีคำสั่งที่ ลงวันที่ เดือน.....

พ.ศ. ตามสำเนาคำสั่งที่ส่งมาด้วย ให้ท่านปฏิบัติ/ดำเนินการ

.....
.....
.....
.....

บัดนี้ ท่านได้ดำเนินการตามคำสั่งของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อเรียบร้อยแล้ว เจ้าพนักงาน
ควบคุมโรคติดต่อจึงขอยกเลิกคำสั่งที่ / ลงวันที่
นับแต่ขณะที่ท่านได้รับคำสั่งนี้เป็นต้นไป

" " " " "

ขอแสดงความนับถือ

.....
(.....)

เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ