

**แบบฟอร์มสำรวจความประสงค์จะเดินทางกลับประเทศไทย**

**ของสถานเอกอัครราชทูตไทย ณ กรุงออตตาวา**

**ในช่วงการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19**

**1. ข้อมูลส่วนตัว**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **( ) นาย ( ) นาง  ( ) นางสาว** | | **ชื่อ – สกุล (ภาษาไทย)** | |  | |
| **( ) MR. ( ) MASTER  ( ) MRS. ( ) MISS** | | **ชื่อ – สกุล (ภาษาอังกฤษ)** | |  | |
| **วัน / เดือน / ปีเกิด (ค.ศ.)** |  | | **หมายเลขหนังสือเดินทาง** | |  |
| **หมายเลขบัตรประชาชน** |  | | | | |

**2. ข้อมูลติดต่อในต่างประเทศ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ที่อยู่ในต่างประเทศ** |  |
|  |  |
| **โทรศัพท์มือถือในต่างประเทศ** |  |
| **Email** |  |

**3. ข้อมูลติดต่อในประเทศไทย**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ที่อยู่ในประเทศไทย** |  | | |
|  |  | | |
| **โทรศัพท์มือถือในประเทศไทย** |  | | |
| **ผู้ที่สามารถติดต่อได้ (สมาชิกครอบครัว ญาติ เพื่อนสนิท หรือเพื่อนร่วมงาน)** | | | |
|  | | **โทรศัพท์มือถือ** |  |

**4. เดือนที่ประสงค์จะเดินทางกลับ**

**🗖** เดือนมีนาคม **🗖** เดือนเมษายน **🗖** เดือนพฤษภาคม

**5. หมายเหตุ**

🗖ข้าพเจ้ายินยอมให้กระทรวงการต่างประเทศ รวบรวมข้อมูลของข้าพเจ้าเพื่อประโยชน์ในการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการคัดกรองและอำนวยความสะดวกส่งกลับภูมิลำเนาในประเทศไทย

🗖ข้าพเจ้ารับทราบว่า เมื่อเดินทางถึงประเทศไทย จะต้องถูกกักกันเฝ้าระวังโรค (Quarantine) เป็นเวลา 14 วัน ในพื้นที่ที่ทางการไทยกำหนด โดยจะแจ้งให้ญาติทราบว่า ไม่ต้องเดินทางมารับข้าพเจ้าที่ท่าอากาศยานเมื่อเดินทางถึงประเทศไทย และยินดีปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อและข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง

🗖ข้าพเจ้ารับทราบว่าแบบสำรวจการเดินทางกลับประเทศไทย (แบบฟอร์มนี้) เป็นการรวบรวมข้อมูลผู้ประสงค์ จะเดินทางกลับประเทศไทยเท่านั้น ยังไม่ถือว่าเป็นการลงทะเบียนคนไทยที่จะเดินทางกลับประเทศไทย

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ผู้แจ้งความประสงค์

(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(วัน/ เดือน/ ปี) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_