



เอกสารรับรองความจำเป็นในการเดินทางออกนอกพื้นที่จังหวัดจังหวัดชายแดนภาคใต้

(จังหวัดนราธิวาส จังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลา และจังหวัดสงขลา)

ที่...../.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

๑. ข้อมูลบุคคล

ชื่อ - สกุลผู้เดินทาง ..... อายุ ..... ปี

เลขประจำตัวประชาชน ..... สัญชาติ .....

อาชีพ พนักงานมหาวิทยาลัย / ลูกจ้างมหาวิทยาลัย หน่วยงาน/บริษัท มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตำบล .....

อำเภอ..... จังหวัด..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

๒. ข้อมูลการเดินทาง

๒.๑ ( ) เดินทางเที่ยวเดียว

เดินทางออกจากจังหวัด.....อำเภอ/เขต.....ตำบล/แขวง.....หมู่ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๒.๒ ( ) เดินทางไป - กลับ

เที่ยวไป เดินทางออกจากต้นทาง จังหวัด ..... อำเภอ.....

ตำบล..... หมู่ที่..... ในวันที่ ..... เดือน..... พ.ศ. ....

เที่ยวกลับ เดินทางออกจากปลายทาง จังหวัด..... อำเภอ.....

ตำบล..... หมู่ที่..... ในวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

๒.๓ เหตุผลความจำเป็น

.....

๒.๔ พาหนะที่ใช้เดินทาง .....

๒.๕ ตั้งแต่วันที่.....เดือน..... พ.ศ. .... ถึงวันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เดินทาง

ลงชื่อ.....

(อาจารย์ ดร.สุชาติ สุขสถิตย์)

ตำแหน่ง รองอธิการบดีฝ่ายบริหารและกิจการนิสิต พัทลุง

หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๖๙๖๘๗๑๔๑



เอกสารรับรองการได้รับวัคซีนโควิด 19 ของประเทศไทย  
(THAILAND CERTIFICATE OF COVID-19 VACCINATION)



ชื่อ-นามสกุล นางอริราพร ทองเกษมแก้ว

First Name - Last name

เพศ หญิง วันเดือนปีเกิด 3 มีนาคม 2516

หมายเลขบัตรประชาชน 3-4121-00103-83-1

เลขที่หนังสือเดินทาง

Sex FEMALE Date of Birth 3 March 1973

ID Card Number 3-4121-00103-83-1

Passport Number

ที่อยู่ 40 หมู่ 3 ตำบลท่าช้าง อำเภอท่าม่วง จังหวัดสุพรรณบุรี

Address

ใบนี้เป็นการรับรองการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ของประเทศไทย เพื่อให้สามารถใช้ในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ได้

Please keep the Thailand Certificate of COVID-19 Vaccination to certify that you have been vaccinated with the COVID-19 vaccine.

This certificate shall be issued by the certifying officer and shall identify the vaccination site.

ข้อมูล ประวัติการ ได้รับวัคซีน (Vaccination Receipt)	เข็มที่ (Dose)	วันที่ได้รับวัคซีน (วันเดือนปี) (Date of Vaccination)	ชื่อการค้าวัคซีน (Name of Vaccine)	ชื่อบริษัทผู้ผลิตวัคซีน (Manufacturer)	รุ่นการผลิต วัคซีน (Lot. Vaccine)	หน่วยบริการฉีดวัคซีน (Vaccination Site)	หมายเหตุ (Remark)
	เข็มที่ 1 (1st dose)	16 มิถุนายน 2564 16 June 2021	CoronaVac	Sisovac Life Sciences	C202105081	โรงพยาบาลท่าม่วง	
	เข็มที่ 2 (2nd dose)	07 กรกฎาคม 2564 07 July 2021	CoronaVac	Sisovac Life Sciences	C202106101	โรงพยาบาลท่าม่วง	

ลายเซ็นเจ้าหน้าที่ออกใบรับรอง (Signature of the Certifying Officer)

หมายเหตุ: QR Code เพื่อใช้ตรวจสอบข้อมูลจากระบบ MOPH Immunization Center

Remark: The QR code is to verify information from the MOPH Immunization Center

\* หากข้อมูลในเอกสารรับรองไม่ถูกต้อง กรุณาติดต่อ รพ. ที่ทำการฉีดวัคซีน เพื่อตรวจสอบแก้ไขข้อมูลดังกล่าว

Ref V.20

