

嚴重特殊傳染性肺炎隔離治療通知書及提審權利告知

หนังสือแจ้งให้การรักษาโรคปอดอักเสบชนิดติดต่อรุนแรงในห้องแยกโรค
และหนังสือแจ้งสิทธิฟ้องร้องขอความเป็นธรรม)

姓名(本人或法定代理人親填)：□ ชื่อ (เจ้าตัวหรือตัวแทนตามกฎหมาย)□	身分證號/護照號碼：□ หมายเลขประจำตัว/หมายเลขหนังสือเดินทาง
聯絡電話：□ โทรศัพท์ติดต่อ	地址：□ ที่อยู่

先生/女士 您好：□

เรียน.....ทราบ□

您經醫師診斷疑似罹患嚴重特殊傳染性肺炎，為保護您及其他人的健康，請您自__年__月__日起至__年__月__日止，於_____（醫院）隔離治療機構接受隔離治療，並遵守隔離規定：

ผลการตรวจวินิจฉัยของแพทย์สงสัยว่าท่านมีอาการปอดติดเชื้อชนิดติดต่อรุนแรง เพื่อสุขภาพของท่านและคนอื่นๆ ขอให้ท่านเข้ารับการรักษาแยกตัวใน (สถานพยาบาล).....ตั้งแต่วันที่.....

ถึงวันที่.....พร้อมทั้งให้ปฏิบัติตามกฎระเบียบของห้องแยกโรคโดยเคร่งครัดดังนี้□

- 一、應依指示於隔離病室或單獨之病室接受治療，不得任意離開。
- 二、違反隔離治療指示者，將依「傳染病防治法」第 44 條、第 45 條及同法第 67 條處新臺幣 6 萬至 30 萬元不等罰鍰。
- 三、對本通知如有不服，應於本通知單送達之次日起 30 日內，依訴願法第 58 條第 1 項規定，繕具訴願書經原行政處分機關向訴願管轄機關提起訴願。

1. ให้การรักษาในห้องแยกโรคหรือห้องเดี่ยวตามคำแนะนำ ห้ามออกจากห้องโดยพลการ□
2. ผู้ละเมิดคำสั่งการรักษาแยกตัวมีโทษปรับ **60,000~300,000** เหรียญได้วันตามบทบัญญัติมาตรา 44 มาตรา 45 และมาตรา 67 แห่งกฎหมายควบคุมโรคติดต่อ
3. กรณีไม่ยอมรับหนังสือแจ้งนี้ให้เตรียมคำอุทธรณ์ต่อหน่วยงานอุทธรณ์ที่มีเขตอำนาจผ่านหน่วยงานที่ลงโทษเดิมตามบทบัญญัติวรรค 1 ของมาตรา 58 แห่งกฎหมายอรรถนทางปกครองภายใน 30 วันนับวันได้รับหนังสือแจ้งนี้□
另為保障您的權益，特告知您以下事項(請簽收附件 1 提審權利告知)：

นอกจากนี้เพื่อคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของท่าน จึงขอแจ้งให้ทราบในเรื่องต่อไปนี้เป็นกรณีพิเศษ (ให้ลงนามรับเอกสารแนบท้าย 1 หนังสือแจ้งสิทธิฟ้องร้องขอความเป็นธรรม))□

- 一、您或您的親友有權利依照提審法的規定，向地方法院聲請提審。您可提供執行人員您親友之姓名、地址、電話或電子郵件，執行機關將盡合理努力通知您的親友有關您接受隔離治療之訊息(附件 2)。
- 二、不論您是否聲請提審或訴願，執行人員將隨時評估您是否有隔離治療之必要，若無隔離治療之必要時，縣(市)政府將即解除隔離治療之處置；縣(市)政府至遲每隔三十日。將重新鑑定，評估您是否有繼續隔離治療之必要。
- 三、如您有任何問題，可與以下執行人員聯絡

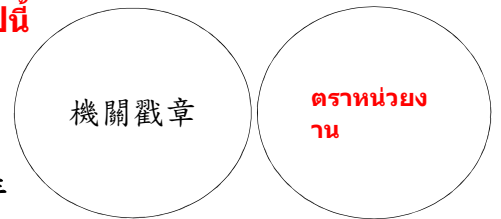
執行人員姓名：

職稱：

電話：

通知書開立機關

1. ท่านหรือญาติท่านสามารถยื่นฟ้องร้องขอความเป็นธรรม)ต่อศาลท้องถิ่นตามสิทธิ์ที่บัญญัติไว้ในกฎหมายระเบียบศอรรปัส ขอให้ท่านแจ้งชื่อ ญาติ ที่อยู่ โทรศัพท์หรืออีเมลเป็นต้น ต่อเจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการหน่วยงานดำเนินการจะใช้ความพยายามแจ้งให้ญาติท่านทราบถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาแยกตัวของเท่าที่ทำได้ (เอกสาร 2)
2. ไม่ว่าท่านได้ฟ้องร้องขอความเป็นธรรมหรืออุทธรณ์หรือไม่ก็ตาม เจ้าหน้าที่ที่มีการประเมินท่านว่ามีความจำเป็นต้องรับการรักษาแยกตัวอยู่ตลอดเวลาอยู่แล้ว หากไม่จำเป็นต้องรับการรักษาแยกตัวอีก ที่ว่าการเทศบาลเขต (เมือง) ก็จะยุติการรับการรักษาแยกตัวทันที ทั้งนี้ที่ว่าการเทศบาลเขต (เมือง) จะวินิจฉัยใหม่ทุก 30 วันเพื่อประเมินว่ามีความจำเป็นต้องรักษาแยกตัวอีกหรือไม่
3. หากมีปัญหาใดๆ ท่านสามารถติดต่อเจ้าหน้าที่ได้ดังต่อไปนี้
ชื่อเจ้าหน้าที่ ตำแหน่ง เบอร์โทร
หน่วยงานผู้ออกหนังสือแจ้ง



通知書開立時間： 年 月 日 時
วันที่ออกหนังสือนี้ ปี เดือน วัน เวลา น.

本通知書一式二份/聯，第一份/聯由開立機關收存，第二份/聯送交本人或其法定代理人、監護人或保護人，收存。
หนังสือแจ้งนี้ทำขึ้นสองฉบับ ฉบับที่ 1 เก็บเป็นต้นฉบับสำหรับหน่วยงาน ฉบับที่ 2 มอบแก่เจ้าตัวหรือญาติ
ผู้ปกครองหรือผู้คุ้มครองเก็บเป็นหลักฐาน

嚴重特殊傳染性肺炎隔離治療通知書及提審權利告知送達證明
หนังสือแจ้งให้รับการรักษาโรคปอดอักเสบชนิดติดต่อรุนแรงในห้องแยกโรค
และการส่งหลักฐานในการแจ้งสิทธิฟ้องร้องขอความเป็นธรรม)

附件 1

เอกสาร 1

本人_____已於 年 月 日 時 分

ข้าพเจ้า.....เมื่อ ปี เดือน วัน เวลา น.

收悉_____縣(市)政府嚴重特殊傳染性肺炎隔離治療通知書，並了解本人
或本人之親友有權利依提審法規定向地方法院聲請提審。

ได้รับหนังสือแจ้งให้เข้ารับการรักษาโรคปอดอักเสบชนิดติดต่อรุนแรงในห้องแยกโรคจาก
ที่ว่าการเขต
(เมือง).....พร้อมทั้งเข้าใจข้าพเจ้าหรือญาติมีสิทธิยื่นฟ้องร้องขอความเป็นธรรมต่อ
ศาลท้องถิ่นได้

本人

ข้าพเจ้า

不請求執行機關通知親友。

ไม่ขอให้หน่วยงานผู้ดำเนินการแจ้งให้ญาติทราบ

請求執行機關通知以下親友

ขอให้หน่วยงานผู้ดำเนินการแจ้งให้ญาติทราบ

第一位親友

姓名：

住址：

電話：

電子郵件：

ญาติคนที่ 1

ชื่อ

ที่อยู่

เบอร์โทร

อีเมล

第二位親友

姓名：

住址：

電話：

電子郵件：

ญาติคนที่ 2

ชื่อ	
ที่อยู่	
เบอร์โทร	
อีเมล :	
本人簽名 :	日期 :
เจ้าตัวลงนาม	วันที่

若本人拒絕簽名，執行人員請填以下表格

หากเจ้าตัวปฏิเสธลงนาม ให้เจ้าหน้าที่กรอกรายละเอียดดังต่อไปนี้

執行人員_____，已向本人解釋其聲請提審之相關權利，並要求本人於提審權利告知書簽名，但本人拒絕簽名。	
เจ้าหน้าที่.....ได้อธิบายสิทธิฟ้องร้องขอความเป็นธรรมต่อศาลให้ข้าพเจ้าทราบดีแล้วพร้อมทั้งให้ข้าพเจ้าลงนามรับทราบแต่ข้าพเจ้าขอปฏิเสธลงนามใดๆ	
執行人員簽名 :	日期 :
เจ้าหน้าที่ลงนาม	วันที่

告知親友提審權利通知書

หนังสือแจ้งสิทธิฟ้องร้องขอความเป็นธรรมต่อศาลสำหรับญาติผู้ป่วย

您的親友
ญาติของท่าน

_____ 先生/女士，身份證字號： _____
(護照號碼)

นาย/นาง.....หมายเลขประจำตัว/หมายเลขหนังสือเดินทาง.....

因罹患或有可能罹患嚴重特殊傳染性肺炎，依傳染病防治法第 44 條、第 45 條及第 67 條規定，通報為法定傳染病，需施行隔離治療。

由於您的親友指定您為提審法相關權利之受通知者，特此通知您以下事項：

เนื่องจากผู้ป่วยสันนิษฐานว่ามีอาการโรคปอดอักเสบชนิดติดต่อรุนแรง ถือเป็นโรคติดต่อตามบทบัญญัติมาตรา 44 มาตรา 45 และมาตรา 67 แห่งกฎหมายควบคุมโรคติดต่อ

จึงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาแยกตัวในสถานพยาบาลตามกฎหมาย

เนื่องจากท่านเป็นบุคคลที่ต้องแจ้งให้ทราบถึงสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายเสเบียสคอรัปส์ จึงขอแจ้งให้ท่านทราบเรื่องดังต่อไปนี้

一、前揭隔離治療之執行原因：可能罹患嚴重特殊傳染性肺炎

二、執行時間：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分。

三、執行地點（地址或可認定具體地點之記載）：

四、您有權利依照提審法的規定，向地方法院聲請提審。

五、通知時間：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分。

六、通知及簽收方式(載明或勾選下方欄位)：

- 現場親自簽收。
- 電話、傳真或電郵告知後，掃描 QR code 於手機填寫表單簽收。
- 電話、傳真或電郵告知後，以傳真、電郵或 line 回復簽收。
- 電話、傳真或電郵告知後，通知書以雙掛號方式郵寄該親友簽收。

七、執行機關聯絡人

姓名與職稱： _____ 電話號碼： _____

1. สาเหตุของการเข้ารับการรักษาแยกตัว

แพทย์สันนิษฐานว่ามีอาการโรคปอดอักเสบชนิดติดต่อรุนแรง

2. เวลาเข้ารับรักษา.....ปี.....เดือน.....วัน.....เวลา.....น.

3. สถานที่รับการรักษา (ระบุที่อยู่หรือสถานที่ที่เป็นไปได้)

4. ท่านสามารถยื่นฟ้องร้องขอความเป็นธรรมต่อศาลท้องถิ่นตามสิทธิที่บัญญัติไว้ในกฎหมายเสเบียสคอรัปส์

5. เวลาแจ้ง.....ปี.....เดือน.....วัน.....เวลา.....น.

6. วิธีแจ้งหรือลงนามรับเอกสาร (กรอกรายละเอียดหรือขีดเครื่องหมาย V ลงในช่อง)

- ลงนามรับต่อหน้าเจ้าหน้าที่
- แจ้งทางโทรศัพท์ โทรสารหรืออีเมล แล้วตอบรับโดยสแกน QR Code

เพื่อกรอกแบบฟอร์มในโทรศัพท์

- แจ้งทางโทรศัพท์ โทรสารหรืออีเมล แล้วตอบรับผ่านโทรสาร อีเมลหรือ line
- แจ้งทางโทรศัพท์ โทรสารหรืออีเมล แล้วตอบรับโดยหนังสือแจ้งผ่านทางไปรษณีย์ลงทะเบียนตอบรับถึงญาติผู้ป่วย

7. เจ้าหน้าที่หน่วยงาน

ชื่อและตำแหน่ง	เบอร์โทร
被通知人簽名：	日期：
ผู้รับแจ้งลงนาม	วันที่

若該親友拒絕簽名，執行人員請填以下表格

หากญาติดังกล่าวปฏิเสธลงนามให้เจ้าหน้าที่กรอกรายละเอียดดังต่อไปนี้

執行告知人員_____，已向該親友遞送告知親友提審權利通知書，並要求該親友於通知書簽名，但該親友拒絕簽名。□

เจ้าหน้าที่.....ได้อธิบายสิทธิฟ้องร้องขอความเป็นธรรมต่อศาลตามหนังสือแจ้งให้ญาติดังกล่าวทราบแล้วพร้อมทั้งให้ญาติดังกล่าวลงนามรับทราบ แต่ได้ปฏิเสธลงนามใดๆ

執行告知人員簽名： 偕同執行人員簽名：

เจ้าหน้าที่ผู้แจ้งข่าวลงนาม เจ้าหน้าที่ที่ไปด้วยลงนาม