

ใบรับรองผลการตรวจโควิด-19

Certificate of Testing for COVID-9

ชื่อ-นามสกุลอายุ ปี

ที่อยู่.....

หมายเลขบัตรประชาชน.....

เอกสารรับรองผลการทดสอบการตรวจโควิด-19 จากการเก็บตัวอย่างของบุคคลที่ระบุข้างต้น

ด้วยการคัดกรอง **Antigen test kit (ATK)** โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การเก็บตัวอย่าง	วิธีทดสอบ	ผลการตรวจ	วันที่ตรวจ	เพิ่มเติม
<input type="radio"/> สารคัดหลั่งบริเวณ หลังโพรงจมูก Nasopharyngeal Swab	<input type="radio"/> Antigen test kit (ATK)	<input type="radio"/> ไม่พบเชื้อ Negative <input type="radio"/> พบเชื้อ Positive	Date /...../..... เวลา.....น.	

หมายเหตุ ใบรับรองสามารถยืนยันผลการตรวจภายใน **48** ชั่วโมงเท่านั้น หลังผ่านการตรวจ

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

()

()

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่ง.....

ผู้ตรวจ

ผู้รับรองผลการตรวจ