



ใบรับรองการตรวจเชื้อ COVID-19

นาย/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง _____

เลขที่บัตรประชาชน _____

รายงานการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตรวจวันที่ _____

รายการตรวจ (เลือกตรวจเพียง 1 รายการเท่านั้น)	ผลการทดสอบ
☐ Covid-19 Antigen Rapid Test	☐ Negative ☐ Positive
☐ Covid-19 RT-PCR	☐ Not Detected ☐ Detected

_____ ผู้รับรองการตรวจ
(_____)

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม _____

หมายเหตุ : ผู้สมัครสอบเลือกตรวจด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งและมีผลตรวจเป็น Negative หรือ Not Detected เท่านั้นจึงจะสามารถเข้าสอบได้

สำหรับติดรูปยืนยันผลการตรวจ COVID-19