



ใบรับรองการตรวจเชื้อ COVID-19

Covid-19 Test Certificate

ชื่อ-นามสกุล/ Full Name

ที่อยู่/ Address.....

เพศ/Sex..... ว-ด-ป เกิด/DoB..... อายุ/Age.....

เลขที่บัตรประชาชน/Passport ID.....

โทรศัพท์/Telephone.....

ได้รับการตรวจ Rapid Antigen Test (ATK)

☐ ผลเป็นลบ (ไม่พบเชื้อ) / Negative

☐ ผลเป็นบวก (พบเชื้อ) / Positive

วันที่ตรวจ/Date เวลา/Time.....

ผู้ตรวจ/Approved By.....

ตำแหน่ง/Position.....

หมายเลขโทรศัพท์/Telephone.....

หมายเหตุ เอกสารฉบับนี้ต้องแนบมาพร้อมกับสำเนาใบประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ของผู้ตรวจ (แพทย์ หรือ พยาบาล)