

## ใบรับรองผลการตรวจคัดกรองโควิด-19 เบื้องต้น

สำหรับผู้เข้าสอบสรรหาและเลือกสรรบุคคลเพื่อเป็นพนักงานจ้างองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

วันที่เก็บตัวอย่างตรวจ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

เลขประจำตัวสอบ \_\_\_\_\_ ตำแหน่งที่สอบ \_\_\_\_\_

ชื่อ-นามสกุล \_\_\_\_\_ เลขประจำตัวประชาชน \_\_\_\_\_

เบอร์โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

### เอกสารรับรองผลการทดสอบการตรวจโควิด-19

จากการเก็บตัวอย่างของบุคคลที่ระบุข้างต้น

การเก็บตัวอย่าง เลือกอย่างใดอย่างหนึ่งจากด้านล่าง	วิธีทดสอบ เลือกอย่างใดอย่างหนึ่งจากด้านล่าง	ผลลัพธ์	วันที่ผลออก
<input type="checkbox"/> สารคัดหลั่งบริเวณหลังโพรง จมูก Nasopharyngeal Swab <input type="checkbox"/> น้ำลาย Saliva <input type="checkbox"/> สารคัดหลั่งบริเวณหลังโพรง จมูกและคอ Nasopharyngeal and oropharyngeal Swabs	<input type="checkbox"/> วิธี RT-PCR  <input type="checkbox"/> วิธี ATK	<input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ Negative  <input type="checkbox"/> พบเชื้อ Positive	____ / ____ / ____

ชื่อหน่วยงานที่ตรวจรับรอง \_\_\_\_\_

ที่อยู่ของหน่วยงานที่ตรวจรับรอง \_\_\_\_\_

เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน \_\_\_\_\_

ลงชื่อแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ \_\_\_\_\_ ผู้ตรวจ/ผู้รับรองผลการตรวจ

ตราประทับ

หมายเหตุ ผู้ตรวจจรรยาบรรณตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุลและเลขประจำตัวประชาชนก่อนเก็บตัวอย่าง