

แบบแสดงผลการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID - 19) ของผู้สมัครสอบเข้าโครงการห้องเรียนพิเศษ

ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ประจำปี 2565

วันที่.....เดือน มีนาคม พ.ศ. 2565

ข้าพเจ้า (ด.ช./ด.ญ.).....เลขประจำตัวประชาชน.....

ได้ตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID - 19) ให้ทำเครื่องหมาย √ ในวันที่ตรวจ (โดยให้เลือกตรวจเพียงวันเดียว)

เมื่อ ☐ วันที่ 2 มีนาคม 2565 เวลา.....น.

☐วันที่ 3 มีนาคม 2565 เวลา.....น.

☐ วันที่ 4 มีนาคม 2565 เวลา.....น.

☐ วันที่ 5 มีนาคม 2565 เวลา.....น.

โดยวิธี ☐ ชุดตรวจ ATK ☐ ตรวจแบบ RT-CPR ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

สถานที่ตรวจ ☐ ตรวจด้วยตนเอง (แนบภาพถ่ายนักเรียนถือผลตรวจ ATK พร้อมบัตรประจำตัวประชาชนมาด้วย)

☐ สถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชน (โปรดระบุ).....

ผลตรวจ ☐ ไม่พบเชื้อ ☐ พบเชื้อ

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานประกอบการยืนยัน

ลงชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

ลงชื่อผู้ปกครอง.....

(..... ..)

ผู้ปกครองมีความเกี่ยวข้องกับนักเรียนเป็น

☐บิดา ☐มารดา ☐อื่นๆ โปรดระบุ.....

เบอร์โทรศัพท์ผู้ปกครอง.....

หมายเหตุ ให้นักเรียนนำแบบแสดงผลการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID - 19) ให้กับกรรมการคัดกรอง จุดที่ 2 บริเวณป้อมยาม