



แบบแสดงผลการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของนักเรียนและผู้ปกครอง

โรงเรียนวิทยาศาสตร์จุฬารามราชวิทยาลัย ชลบุรี

(สำหรับผู้ที่ตรวจด้วยตนเอง)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวประชาชน.....

ข้าพเจ้าได้ตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง)

เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. เวลา น.

โดยวิธี ชุดตรวจ ATK อื่น ๆ โปรดระบุ.....

สถานที่ตรวจ ตรวจด้วยตนเอง สถานพยาบาล (โปรดระบุ)

ผลการตรวจ ไม่พบเชื้อ พบเชื้อ

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการจึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานประกอบ
การยืนยัน

ลงชื่อ

(.....)

หมายเหตุ กรณีตรวจด้วยตนเอง ให้แนบภาพถ่ายแสดงผลตรวจคู่กับบัตรประจำตัวประชาชน โดยให้เขียน
รายละเอียดลงในชุดตรวจตามตัวอย่าง



ชื่อ-สกุล /วันที่/เวลาในการตรวจ

นำเอกสารนี้ยื่นที่จุดคัดกรองของโรงเรียน