



แบบแสดงผลการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้สมัครสอบคัดเลือก
เพื่อเข้าเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 และ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ปีการศึกษา 2565

วันที่ กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

ข้าพเจ้า (ด.ช./นาย/ด.ญ./นางสาว)เลขประจำตัว
ประชาชน ข้าพเจ้าได้ตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 COVID-19)
(ทำเครื่องหมายในช่อง) เมื่อวันที่ 16 17 18 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 เวลา.....น.
โดยวิธี ชุดตรวจ ATK ตรวจแบบ RT-PCR อื่น ๆ โปรดระบุ
สถานที่ตรวจ ตรวจด้วยตนเอง สถานพยาบาล (โปรดระบุ)
ผลการตรวจ ไม่พบเชื้อ พบเชื้อ (แนบเอกสารผลการตรวจ จากสถานพยาบาล หรือ รูปภาพ ผล ATK
ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการจึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานประกอบการ
ยืนยัน

ลงชื่อผู้สมัคร..... ลงชื่อผู้ปกครอง.....
(.....) (.....)

ผู้ปกครองมีความเกี่ยวข้องกับนักเรียนเป็น
 บิดา มารดา อื่น ๆ โปรดระบุ

หมายเหตุ การตรวจจะต้องตรวจในช่วงเวลา ไม่เกิน 72 ชั่วโมง ก่อนถึงเวลาสอบ และนำเอกสารนี้ยื่นที่
จุดคัดกรองสนามสอบ เพื่อขอรับอนุญาตให้เข้าสอบ