

## ใบรับรองผลตรวจหาเชื้อโรคโควิด-19

### ด้วยชุดตรวจหาเชื้อโควิดแบบแอนติเจนโดยบุคลากรสาธารณสุข (ATK)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สอ.รพสต.).....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด อ่างทอง

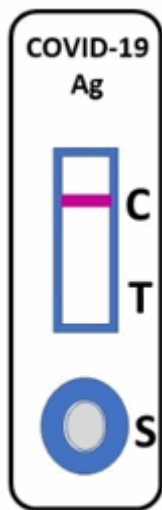
ชื่อ .....นามสกุล.....อายุ ..... ปี เลขบัตรประชาชน.....

อยู่บ้านเลขที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

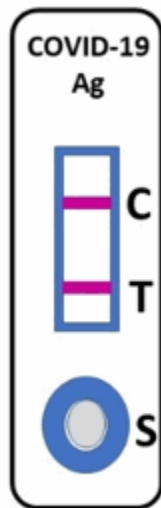
เบอร์โทรศัพท์ .....

ได้ทำการตรวจ ATK โดยบุคลากรสาธารณสุข เมื่อวันที่ .....เดือน.....พศ. ....

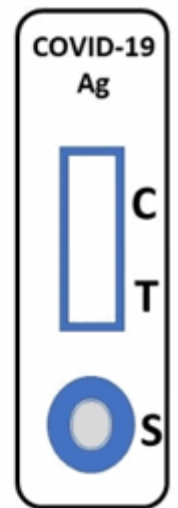
ผลการตรวจ  ผลลบ (ไม่พบเชื้อโควิด-19)  ผลบวก (พบเชื้อโควิด-19)  ไม่สามารถแปลผลได้



ผลลบ



ผลบวก



ไม่สามารถแปลผลได้  
ต้องทำการตรวจซ้ำ

ลงชื่อ ..... ผู้รับรองการตรวจ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่ .....