

## แบบฟอร์มการยืนยันการตรวจหาเชื้อไวรัสโควิด - 19

๑. ชื่อ - สกุล..... เบอร์โทรศัพท์.....

๒. ประเภทที่ได้รับการคัดเลือก

เด็กและเยาวชนดีเด่น ลำดับที่.....

เด็กและเยาวชนที่นำชื่อเสียงมาสู่ประเทศชาติ ลำดับที่.....

บัตรประชาชนหรือบัตรนักเรียน

ภาพแสดงผลการตรวจ ATK หรือ RT - PCR  
ซึ่งมีผลการตรวจหาเชื้อไวรัสโควิด - 19  
ไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง

ลงชื่อ.....ผู้รับรองผล  
(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้แทนสถานศึกษา หรือ ผู้แทนหน่วยงานคัดเลือกเด็กฯ

วันที่.....