

แบบฟอร์มการยืนยันการตรวจหาเชื้อไวรัสโควิด - 19

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

๒. ประเภทที่ได้รับการคัดเลือก

☐ เด็กและเยาวชนดีเด่น ลำดับที่.....

☐ เด็กและเยาวชนที่น่าชื่อเสียงมาสู่ประเทศชาติ ลำดับที่.....

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

ลงชื่อ.....ผู้รับรองผล
(.....)

ตำแหน่ง.....
ครู/ผู้แทนสถานศึกษา หรือ สถานพยาบาล

วันที่.....