**แบบแสดงผลตรวจการติดเชื้อ โควิด – 19 ด้วยตนเอง (Antigen Kit :ATK)**

**สำนักงาน กศน.จังหวัดกาฬสินธุ์**

****

**วันที่ตรวจ :** วันที่ ............. เดือน.................................. พ.ศ. .................... เวลา ..................................

\*ให้ตรวจก่อนวันเข้าร่วมโครงการ ภายใน 24 ชั่วโมง

**แถบแสดงผลตรวจ ATK**

รูปภาพประกอบด้วย ข้อความ, ภาพหน้าจอ

คำอธิบายที่สร้างโดยอัตโนมัติ

**ขอรับรองว่าผลการตรวจดังกล่าวเป็นความจริง**

ลงชื่อ

(..............................................................)

ตำแหน่ง.........................................................................

**ซองชุดตรวจที่ระบุ LOT และวันหมดอายุ**

