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

**สำนักงาน กศน.จังหวัดกาฬสินธุ์**

****

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

\*ให้ตรวจก่อนวันเข้าร่วมโครงการ ภายใน 24 ชั่วโมง

**แถบแสดงผลตรวจ ATK**



**ขอรับรองว่าผลการตรวจดังกล่าวเป็นความจริง**

 ลงชื่อ

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

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

**ซองชุดตรวจที่ระบุ LOT และวันหมดอายุ**

