

แบบฟอร์มการยืนยันการตรวจหาเชื้อไวรัสโควิด - 19
ในการสอบคัดเลือกนักเรียนเพื่อเป็นผู้แทนประเทศไทยเพื่อไปแข่งขันวิทยาศาสตร์
โอลิมปิกระหว่างประเทศ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ครั้งที่ 19 (19th IJSO)
สอบวันอาทิตย์ที่ 23 มกราคม พ.ศ. 2565 เวลา 08.30 - 16.10 น.
ณ โรงเรียนชลราษฎรอำรุง

ชื่อ - สกุล (เด็กหญิง/เด็กชาย)..... โทรศัพท์ (มือถือ).....

โรงเรียน.....สังกัด

บัตรประชาชนหรือบัตรนักเรียน
(ที่มีเลขประจำตัว 13 หลัก)

ภาพแสดงผลการตรวจ ATK หรือ RT - PCR
ซึ่งมีผลการตรวจหาเชื้อไวรัสโควิด - 19
ไม่เกิน 24 ชั่วโมง

(ลงชื่อ)

(.....)

นักเรียนที่สอบสัมภาษณ์

(ลงชื่อ) ผู้รับรองผลการตรวจ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่ (ตรวจ ATK).....

- หมายเหตุ 1. นักเรียนที่เข้าสอบคัดเลือกต้องตรวจ ATK ล่วงหน้าไม่เกิน 1 วัน (24 ชั่วโมง) ก่อนวันสอบสัมภาษณ์เท่านั้น
2. ผู้รับรองผลการตรวจ ได้แก่ ผู้บริหารโรงเรียน สถานีนอนามัย คลินิก โรงพยาบาลของรัฐ หรือ
ร้านขายยาที่เข้าร่วมหมอพร้อม Station ทั้งนี้ ขอให้ประทับตราของผู้รับรองผลการตรวจด้วย