

~ ๒ ~

ทะเบียนการใช้ Antigen Test Kit (ATK) ตามโครงการแจกจ่าย ATK

โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบล..... อำเภอ.....

วัน/เดือน/ปี	ชื่อ - นามสกุล	เลขประจำตัวประชาชน	ระบุความเสี่ยง/ เหตุผลที่ขอรับชุดตรวจ	เบอร์โทรศัพท์	ผลการตรวจ	การปฏิบัติ (แนะนำ DMHTT/LQ,HQ/ส่งตรวจยืนยัน/HI)	เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ	หมายเหตุ

ได้รับการจัดสรรชุดตรวจ ATK จำนวน

ชุด

แจกชุดตรวจ ATK วันนี้

ชุด

แจกให้กับประชาชน วันนี้ จำนวน

คน

แจกชุดตรวจ ATK สะสม

ชุด

แจกให้กับประชาชน สะสม จำนวน

คน

คงเหลือชุดตรวจ ATK

ชุด

คงเหลือแจกให้กับประชาชนได้ จำนวน

คน

วันที่