

## คลินิกเทคนิคการแพทย์ เอซีซี เมดิคอล แล็บ

592/242 ถ.ลาดปลาเค้า แขวงจรเข้บัว เขตลาดพร้าว กรุงเทพฯ 10230 โทร 02-1978511

## ใบรับรองแพทย์

|                        |  | วันที่ : <u>15 กันยายน พ.ศ.2564</u>          | :         |
|------------------------|--|--|-----------|
|                        |  | เลขที่เอกสาร : <u>MC_A1-200821-</u> 0        | 12-78     |
| แพทย์ผู้ตรวจ :         | นพ. สุชาครีย์ วัฒนวิกย์กิ                  | <u>จ</u> ใบอนุญาต เลขที่ : <u>ว.49804</u>    |           |
|                        | ผู้ตรวจที่มีชื่อข้างต้นนี้ ได้ทำการตรวจวิจ |  |           |
| ชื่อ – นามสกุล         | คุณณัชชารีย์ หนูแสง                        | อายุ <u>50</u> ปี เพศ <u>ห</u> เ             | ญิง       |
|                        |  | เลขที่บัตรประชาชน 367100014546               |           |
| مام د                  |  |  |           |
|                        |  | 20 สิงหาคม พ.ศ.2564 เป็น <b>พบสารพัน</b>     | ธุกรรมของ |
| ชื้อไวรัสโคโรนา 201    | 9 SARS-CoV-2 (Detected) วินิจฉัยได้        | ก้ว่า ผู้ป่วยมีการติดเชื้อ COVID-19 จริง     |           |
| ใบรับรองฉบับนี้ออกเมื่ | าวันที่ 15 กันยายน พ.ศ.2564                |  |           |
|                        |  | ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประก | าาร       |
|                        | ลา   | ยมือชื่อแพทย์ผู้ตรวจ :                       | C SEALTE  |
|                        | ลา   | ยมือชื่อผู้รับการตรวจ :                      |           |
|                        |  | - (  | )         |