



เอกสารสำแดงสำหรับผู้เข้าสอบ
ขั้นตอนที่ 3 ทักษะทางคลินิก (OSCE)
ประจำปี พ.ศ. 2564 วันที่ 10 มกราคม 2564

ข้าพเจ้า นาย/น.ส.

สถาบันที่สังกัด

รหัสประจำตัวผู้เข้าสอบ

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน (ใช่) หรือ (ไม่ใช่) หรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริง

ลำดับ	รายละเอียด/ประวัติอาการ	ใช่	ไม่ใช่
1	สัมผัสหรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคโควิด-19		
2	มีประวัติเดินทางกลับจากต่างประเทศ รวมเดินทางผ่าน (transit) ในช่วง 14 วัน (ถ้ามี ระบุประเทศ ถึงไทยวันที่)		
3	มีประวัติเดินทางไปพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วง 14 วันที่ผ่านมา (ถ้ามี ระบุอำเภอ จังหวัด วันที่ไป)		
4	ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่ - มีอาการไข้ เจ็บคอ ไอ น้ำมูกไหล ในปัจจุบัน - จมูกไม่ได้กลิ่น หรือได้กลิ่นลดลง		

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(.....)

วันอาทิตย์ที่ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2564