

ใบฟอร์มรับตัวอย่างตรวจ

ชุดตรวจ OraQuick® HIV-1/2 Rapid HIV-1/2

ชื่อสถานที่สำรวจ.....

จังหวัด

.....

ประเภทสถานบริการ..... (รหัส)

วันที่เก็บตัวอย่าง

.....

ลำดับ ที่	เวลาที่เก็บ ตัวอย่าง	เวลาที่อ่าน ผลการทดสอบ	รหัสอาสาสมัคร	ผู้อ่าน ผลการ ตรวจ	หมายเหตุ
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

จำนวนตัวอย่างทั้งหมดในหน้านี้ ตัวอย่าง