

**TOEIC® Corporate Test Request Form***Please provide information for EACH Test Taker.*

Test Taker no....	
Name: (Mr./Mrs./Ms)	Jaidee Meechock
National ID No.	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
Test Location :	<input checked="" type="checkbox"/> Bangkok Test Center <input type="checkbox"/> Chiangmai Test Center
Test Date: (ex. JAN / 01 / 21)	J A N 0 1 2 1
Test Time: _____ 14.30 _____ (Sample:9:30)	COVID-19 Vaccinations Received: <input type="text" value="AZ+AZ"/> (ex.AZ+AZ) <i>Please attach Certification of COVID-19 Vaccination</i>
Payment:	<input checked="" type="checkbox"/> Cash (To be paid in cash on the test date) <input type="checkbox"/> Cash + Coupon (To be paid in cash along with the Corporate Coupon on the test date) <input type="checkbox"/> Activation Coupon (To be paid by Activation Coupon on the test date) <input type="checkbox"/> Invoice (To be sent after the test date)
<i>*The Official Receipt/Invoice will be issued under the exact same name as the organization name stated above. In case organizations need the official receipt/invoice to be issued under other affiliated organization name, please specify below;</i>	
<u>Affiliated Organization Name listed in the addendum of Letter of Agreement 2020</u>	
Test Result Format :	<input type="checkbox"/> Program 1: Score Roster only <input type="checkbox"/> Program 2: Score Roster + General Score Assessment + Score Record (8/sheet) <input checked="" type="checkbox"/> Program 3: Score Roster + General Score Assessment + Official Score Report
Score Pickup:	<input checked="" type="checkbox"/> Self-pick up by Test Taker (For Program 3 only) <input type="checkbox"/> Send to company <input type="checkbox"/> Pick up by Organization Representative
Attn: _____ Position: _____	





เอกสารรับรองการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ของประเทศไทย
(THAILAND NATIONAL CERTIFICATE OF COVID-19 VACCINATION)



ชื่อ นามสกุล

Name - Last name

เพศ..... วัน/เดือน/ปีเกิด..... หมายเลขบัตรประชาชน..... เลขที่หนังสือเดินทาง.....

Sex..... Date of Birth..... ID Card Number..... Passport Number.....

ที่อยู่.....

Address

โปรดเก็บเอกสารรับรองการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ของประเทศไทย เพื่อใช้แสดงว่าท่านได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ครบตามเกณฑ์แล้ว โดยเอกสารรับรองนี้จะถือเป็นชื่อของเจ้าหน้าที่ผู้ออกใบรับรอง และระบุสถานที่ให้บริการวัคซีน

Please keep this card, which includes medical information about the vaccines you have received. Whose name follows. Has on the date indicated been vaccinated against COVID-19.

ข้อมูลการได้รับ วัคซีน (Vaccination History)	เข็มที่ (Dose)	วันที่ได้รับวัคซีน (วัน/เดือน/ปี) (Date of Vaccination)	ชื่อการค้าวัคซีน (Name of Vaccine)	ชื่อบริษัทผู้ผลิต วัคซีน (Manufacturer)	รุ่นการผลิต (Lot Number)	หน่วยบริการฉีดวัคซีน (Place of Service)	หมายเหตุ (Note)
	เข็มที่ 1 (1 st dose)						
	เข็มที่ 2 (2 nd dose)						

ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ออกใบรับรอง.....
(Name of Certificate Authority)

หมายเหตุ: QR CODE เพื่อใช้ตรวจสอบข้อมูลจากระบบ MOPH Immunization Center

