



ที่ ขบ ๕๒๖๐๐๕.๑/ว ๒๖๕

โรงเรียนเทศบาลแหลมฉบัง ๑
๘๘ หมู่ ๑๐ ต.ทุ่งสุขลา
อ.ศรีราชา จ.ชลบุรี ๒๐๒๓๐

๗ ตุลาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุญาตฉีดวัคซีนไฟเซอร์สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๕-๖ หรือเทียบเท่า

เรียน ท่านผู้ปกครองนักเรียน

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. แบบสำรวจและเอกสารแสดงความประสงค์รับบริการฉีดวัคซีนโควิด ๑๙ สำหรับนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๕-๖ หรือเทียบเท่า
 ๒. แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด ๑๙ สำหรับนักเรียน /นักศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑-๖ หรือเทียบเท่า

ด้วยสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ในปัจจุบันได้ส่งผลกระทบต่อในวงกว้างอย่างรวดเร็ว ประเทศไทย จึงมีนโยบายให้วัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer) สำหรับนักเรียน/นักศึกษาซึ่งศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า เพื่อลดความรุนแรงและการเสียชีวิตจากการป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ในสถานศึกษา

จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือจากท่านผู้ปกครองในการแจ้งความประสงค์ให้บุตรหลานของท่านได้รับการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันโรคโควิด ๑๙ โดยทางโรงเรียนจะแจ้ง วัน เวลา และสถานที่ ให้ทราบเพื่อเข้ารับการฉีดวัคซีน ผ่านทางไลน์ คุณครูประจำชั้น

ขอแสดงความนับถือ

(นายชินธรรม พรหมมณี)

ผู้อำนวยการสถานศึกษา
โรงเรียนเทศบาลแหลมฉบัง๑

สิ่งที่ต้องเตรียมมาในวันฉีดวัคซีน

๑. สำเนาบัตรประชาชน(ของนักเรียน)
๒. เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้บุตรหลานฉีดวัคซีนไฟเซอร์
๓. แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด ๑๙ สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๕-๖ / หรือเทียบเท่า

ส่วนที่ ๒ เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้บุตรหลานฉีดวัคซีนไฟเซอร์

ข้าพเจ้า ชื่อ - นามสกุล..... หมายเลขโทรศัพท์ (ผู้ปกครอง).....

ผู้ปกครองของ..... มีความสัมพันธ์เป็น.....

ที่อยู่..... หมู่ที่..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ..... จังหวัด.....

หมายเลขโทรศัพท์(นักเรียน).....

ชื่อ - นามสกุล (นักเรียน)..... อายุ..... ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....

เลขประจำตัว ๑๓ หลัก/หมายเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างประเทศ)..... สัญชาติ.....

ชื่อสถานศึกษา..... ชั้น/ปี..... ห้อง.....

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ซักถามรายละเอียดจนเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนไฟเซอร์และอาการไม่พึงประสงค์ของวัคซีนที่อาจเกิดขึ้น เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้า ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์โดยสมัครใจ

ไม่ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ สาเหตุ(ถ้ามี).....

และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ: ขอให้นำเอกสารนี้แสดงแก่ครูประจำชั้นและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในวันที่ฉีดวัคซีน

ข้อควรระวังเกี่ยวกับโรคโควิด - ๑๙ และวัคซีนโควิด ๑๙ สามารถดาวน์โหลดอ่านได้ที่ QR code