



โรงเรียนแม่พระประจักษ์ MAEPHRAPRACHAK SCHOOL

21/1 ซ.วุฒากาศ 47 แขวงบางค้อ เขตจอมทอง กรุงเทพฯ 10150 โทร.0-2876-3021 โทรสาร.0-2875-5108

21/1 SOI WUTTHAKAT 47 CHOMTHONG BKK. 10150 THAILAND Tel.0-2876-3021 Fax.0-2875-5108

ที่ ม.พ.014/ปทศ.2563

13 กรกฎาคม 2563

เรื่อง แจ้งขออนุญาตฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกแก่นักเรียนหญิง ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6
เรียน ผู้ปกครองนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 (นักเรียนหญิง)

ตามที่ กองควบคุมโรคติดต่อสำนักอนามัยได้จัดทำโครงการ การให้บริการวัคซีนป้องกัน HPV ใน
โรงเรียนร่วมมือกับศูนย์บริการสาธารณสุขดำเนินการให้วัคซีนป้องกัน HPV (ป้องกันมะเร็งปากมดลูก) เนื่องจากมะเร็ง
ปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 2 ในหญิงไทยรองจากมะเร็งเต้านม

ทั้งนี้ ทางศูนย์บริการสาธารณสุข 29 ช่วงนุชนคร จะเข้ามาดำเนินการฉีดวัคซีนดังกล่าว ให้นักเรียน
หญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 เพียง 1 เข็ม ในวันที่ 21 กรกฎาคม 2563 เวลา 13.00 น. ขอให้ผู้ปกครองกรอกแบบ
ตอบรับด้านล่าง และส่งคืนที่ศูนย์ครูประจำชั้น ภายในวันพุธที่ 15 กรกฎาคม 2563 พร้อมแนบสมุดประวัติการรับ
วัคซีนของนักเรียนมาด้วย (บริการฟรีไม่เสียค่าใช้จ่าย)

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และขออนุญาต

ขอแสดงความนับถือ

(บาทหลวงอนุศักดิ์ กิจนิกร)

ผู้อำนวยการโรงเรียน



X

แบบตอบรับการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก HPV

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/น.ส.).....เป็นผู้ปกครองของ

(ด.ช./ด.ญ.).....เลขประจำตัว.....ชั้น ป.6 /.....

☐ อนุญาตให้นักเรียน ฉีดวัคซีนได้ พร้อมแนบสมุดประวัติการรับวัคซีนมาด้วย

☐ ไม่อนุญาต เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง