

ที่ ปท ๕๓๖๐๕.๑๐/ว ๒๒



โรงเรียนมัธยมนครรังสิต

๙๑ ซอยรังสิต-นครนายก ๕๖

อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี ๑๒๑๓๐

๒๓ กันยายน ๒๕๖๔

เรื่อง แจ้งการนำนักเรียนเข้ารับการฉีดวัคซีนซิโนฟาร์ม ตามโครงการ “VACC 2DOSES School”

เรียน ผู้ปกครองนักเรียนที่แจ้งความประสงค์นำนักเรียนเข้ารับการฉีดวัคซีนซิโนฟาร์มบริจาค

สิ่งที่ส่งมาด้วย หนังสือแสดงความยินยอมผู้ปกครอง

จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ได้แจ้งให้สถานศึกษาที่มีความประสงค์ขอรับการจัดสรรวัคซีน “ซิโนฟาร์ม” สำหรับดำเนินการจองวัคซีนให้กับนักเรียน ตามโครงการ “VACC 2DOSES School” เพื่อฉีดวัคซีนบริจาค “ซิโนฟาร์ม” ให้กับเด็กและเยาวชนอายุระหว่าง ๑๐-๑๘ ปี โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและเตรียมความพร้อมให้นักเรียนก่อนเปิดภาคเรียนใหม่ และโรงเรียนได้ดำเนินการสำรวจผู้ปกครองและนักเรียนที่มีความต้องการรับวัคซีน สรุปรวมจำนวน ๑๐๗ คน จากสิทธิ์ที่โรงเรียนได้ทำการจองไว้ ๔๐๒ คน นั้น

ในการนี้ โรงเรียนมัธยมนครรังสิต จึงขอแจ้งให้ท่านนำนักเรียนในความปกครองของท่าน เข้ารับการฉีดวัคซีน ในวันจันทร์ที่ ๒๗ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔ ระหว่างเวลา ๐๘.๓๐ น. – ๐๙.๐๐ น. ณ สถานที่ศูนย์ฉีดวัคซีนตัวเลือกซิโนฟาร์ม ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ บมจ.โทรคมนาคม อาคาร ๙ ถนนแจ้งวัฒนะ เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร โดยเทศบาลนครรังสิตจะจัดรถรับ-ส่งนักเรียน จากโรงเรียนมัธยมนครรังสิตถึงสถานที่ฉีดวัคซีน โดยหากผู้ปกครองนำนักเรียนเดินทางไปเองขอให้ไปตามเวลาและสถานที่ที่กำหนด

เพื่อให้การฉีดวัคซีนสำเร็จเรียบร้อยด้วยดี และมีความปลอดภัยต่อบุตรหลานของท่าน โรงเรียนขอความร่วมมือเตรียมตัว ดังนี้

๑. นักเรียนแต่งกายด้วยเครื่องแบบพลศึกษาของโรงเรียน (สวมรองเท้าผ้าใบ)
๒. สวมหน้ากากอนามัยทางการแพทย์ตลอดเวลา
๓. พกสเปรย์หรือเจลแอลกอฮอล์
๔. มาถึงโรงเรียนก่อนเวลา ๐๗.๐๐ น. โดยเริ่มลงทะเบียนเวลา ๐๖.๐๐ น.
๕. ปรีณใบยินยอมจากผู้ปกครองหรือหากไม่สะดวกให้ผู้ปกครองมาเขียนและลงนามก่อนขึ้นรถ
๖. เตรียม Qr Code หลังจากทำแบบคัดกรองในระบบ และให้บันทึกไว้ในโทรศัพท์นักเรียน
๗. นำบัตรประจำตัวประชาชน(ตัวจริง) ของนักเรียนและพกติดตัวไปด้วย

กรณีที่มีชื่อรับวัคซีน แต่ไม่ได้ sms ยืนยันตัวตนจากระบบ ให้ประสานครูพงษ์พิทักษ์ ขุ่มทอง โทร ๐๙๘ ๘๖๙ ๔๙๘๔ เพื่อให้ครูดำเนินการช่วยเหลือแก้ไขต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายพุทธรณ์ นัยวิกุล)

ผู้อำนวยการสถานศึกษา โรงเรียนมัธยมนครรังสิต

งานอนามัยโรงเรียน ฝ่ายบริหารทั่วไป

โทรศัพท์ ๐๒ ๕๓๑ ๒๘๙๑

โทรสาร ๐๒ ๕๓๑ ๒๘๙๒

E-mail : admin@mnr.ac.th



แผนที่ศูนย์ฉีดวัคซีน

หนังสือแสดงความยินยอมผู้ปกครอง

ทำที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)อายุ.....ปี เลขบัตร
ประจำตัวประชาชนที่อยู่ บ้าน เลข ที่ หมู่ บ้าน /
อาคาร.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์..... ขอรับรองว่าเป็นผู้ปกครองตาม
กฎหมายของ (ด.ช./ค.ญ./นาย/นางสาว) เลขที่บัตรประจำตัว
ประชาชน..... โดยมีความเกี่ยวพันเป็น..... ขอแสดงเจตนาให้ความ
ยินยอมในการให้บุคคลผู้อยู่ภายใต้การปกครองของข้าพเจ้าเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโร
นา 2019 และเข้าร่วมโครงการศึกษาอัตราอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019
หลังจากการฉีดวัคซีน BBIBP-CorV (Sinopharm) ในอาสาสมัครอายุ 10 - ต่ำกว่า 18 ปี ในประเทศ
ไทย ซึ่งได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ ตามรหัสอนุมัติ
โครงการวิจัยเลขที่ 134/2564 วันที่ได้รับการอนุมัติ 17 กันยายน 2564 กับราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ โดย
ยินยอมปฏิบัติและรับทราบเงื่อนไขของการเข้ารับการฉีดวัคซีนและโครงการวิจัยดังกล่าวทุกประการ

เพื่อเป็นหลักฐานจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ลงชื่อ.....อาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการ
(.....)