



เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้นักเรียนที่ ประสงค์ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฝ่าสีม่วงเข็มกระตุ้นขนาดครึ่งโดส

ข้าพเจ้า ชื่อ-นามสกุล.....หมายเลขโทรศัพท์ (ผู้ปกครอง).....
ผู้ปกครองของ.....มีความสัมพันธ์เป็น.....
ที่อยู่.....หมู่ที่.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
หมายเลขโทรศัพท์ (นักเรียน).....

ชื่อ-นามสกุล (นักเรียน).....อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....
เลขบัตรประจำตัว 13 หลัก/หมายเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างประเทศ).....สัญชาติ.....
ชื่อสถานศึกษา.....ชั้น/ปี.....ห้อง.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ซักถามรายละเอียดจนเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนไฟเซอร์และอาการไม่พึงประสงค์ของ
วัคซีนที่อาจเกิดขึ้นได้ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้า ☐ ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฝ่าสีม่วงเข็มกระตุ้นขนาด 15 ไมโครกรัม/โดส โดยสมัครใจ

☐ ไม่ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฝ่าสีม่วงเข็มกระตุ้นขนาด 15 ไมโครกรัม/โดส

สาเหตุ (ถ้ามี).....

และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้นำเอกสารนี้แสดงแก่ครูประจำชั้นและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน

ขอความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และวัคซีนโควิด-19 สามารถดาวน์โหลดอ่านได้ที่ QR code



SCAN ME

