

(นายยุทธพล อินมอญ)
ปลัดเทศบาลตำบลไรเก่า
18กพ55



สนง.ส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น อ.สามร้อยยอด
เลขที่รับ..... 159
วันที่..... 9 ก.พ. 2565
เวลา.....

ที่ ปช ๐๐๒๓.๓/ว ๘๔

ถึง สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอ ทุกอำเภอ สำนักงานองค์การบริหารส่วนจังหวัดประจวบคีรีขันธ์
สำนักงานเทศบาลเมืองประจวบคีรีขันธ์ และสำนักงานเทศบาลเมืองหัวหิน

ตามที่สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ได้แจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการสำรวจข้อมูลความประสงค์ในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ของนักเรียนในสถานศึกษาสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเตรียมความพร้อมการให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) นั้น

เพื่อเตรียมความพร้อมการให้บริการฉีดวัคซีน สำหรับเด็กนอกระบบการศึกษา ที่มีอายุตั้งแต่ ๕ ปีขึ้นไป คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ขอความร่วมมือให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประชาสัมพันธ์ให้เด็กกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในพื้นที่ทราบและให้ไปติดต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อแจ้งความประสงค์ในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรวบรวมจำนวนและรายชื่อเด็กที่ต้องการฉีดวัคซีนส่งให้สาธารณสุขอำเภอ ภายในวันศุกร์ที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ เพื่อรวบรวมข้อมูลส่งให้หน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดต่อไป โดยสามารถดาวน์โหลดแบบรายงานข้อมูลเด็กนอกระบบการศึกษาที่มีความประสงค์ฉีดวัคซีนได้ที่ QR code ที่ปรากฏท้ายหนังสือนี้



สิ่งที่ส่งมาด้วย



สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด
กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น
โทร. ๐ ๓๒๖๐ ๒๓๕๒, ๐ ๓๒๖๐ ๔๔๔๒ ต่อ (๑๐๓)
ผู้ประสานงาน นางสาวธิดารัตน์ เมื่อน้อย

เอกสาร 1

แบบสำรวจการฉีดวัคซีน Pfizer (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก) ในนักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 1-3 และชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ที่อยู่ในช่วงอายุ 5 ปีขึ้นไปถึงอายุ 11 ปี 11 เดือน 29 วัน แต่ละห้องเรียน

แบบสำรวจการฉีดวัคซีน Pfizer (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก) สำหรับนักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 1-3 และชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 แต่ละห้องเรียน

ชื่อโรงเรียน..... ชั้น..... ห้อง.....
สังกัด..... จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้อาจารย์ประจำชั้นสำรวจข้อมูลการฉีดวัคซีน Pfizer (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก) สำหรับนักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 1 ถึง ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 แต่ละห้องเรียน

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	หมายเลขบัตรประชาชน/ หมายเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างชาติ)	วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ (ปี)	ความประสงค์ รับวัคซีน Pfizer	หมายเหตุ
1					☐ รับ ☐ ไม่รับ	
2					☐ รับ ☐ ไม่รับ	
3					☐ รับ ☐ ไม่รับ	
4					☐ รับ ☐ ไม่รับ	
5					☐ รับ ☐ ไม่รับ	
6					☐ รับ ☐ ไม่รับ	
7					☐ รับ ☐ ไม่รับ	
8					☐ รับ ☐ ไม่รับ	
9					☐ รับ ☐ ไม่รับ	
10					☐ รับ ☐ ไม่รับ	
11					☐ รับ ☐ ไม่รับ	
12					☐ รับ ☐ ไม่รับ	
13					☐ รับ ☐ ไม่รับ	
14					☐ รับ ☐ ไม่รับ	
15					☐ รับ ☐ ไม่รับ	
16					☐ รับ ☐ ไม่รับ	
17					☐ รับ ☐ ไม่รับ	
18					☐ รับ ☐ ไม่รับ	
19					☐ รับ ☐ ไม่รับ	
20					☐ รับ ☐ ไม่รับ	
จำนวนรวม						

หมายเหตุ : 1. ความประสงค์การขอรับวัคซีน พิจารณาจากเอกสารแสดงความประสงค์ขอรับการฉีดวัคซีนจากผู้ปกครองนักเรียน
2. ขอให้เก็บเอกสารฉบับนี้ไว้ ณ สถานศึกษา

เอกสาร 2

แบบสรุปจำนวนนักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 1-3 และชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6
ที่อยู่ในช่วงอายุ 5 ปีขึ้นไปถึงอายุ 11 ปี 11 เดือน 29 วัน
ที่มีความประสงค์รับวัคซีน Pfizer (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก) แยกแต่ละสถานศึกษา

แบบสรุปจำนวนนักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 1-3 และชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6
ที่มีความประสงค์รับวัคซีน Pfizer (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก) แยกแต่ละสถานศึกษา

ชื่อโรงเรียน.....

สังกัด.....จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้โรงเรียนสรุปจำนวนนักเรียนทั้งหมดที่ประสงค์รับวัคซีนของสถานศึกษา

ลำดับที่	ระดับชั้น	จำนวนนักเรียน (คน)		หมายเหตุ
		ทั้งหมด	ประสงค์รับวัคซีน	
1	อนุบาลปีที่ 1			
2	อนุบาลปีที่ 2			
3	อนุบาลปีที่ 3			
4	ประถมศึกษาปีที่ 1			
5	ประถมศึกษาปีที่ 2			
6	ประถมศึกษาปีที่ 3			
7	ประถมศึกษาปีที่ 4			
8	ประถมศึกษาปีที่ 5			
9	ประถมศึกษาปีที่ 6			
	รวม			

หมายเหตุ: สถานศึกษารวบรวมจำนวนนักเรียน ส่งให้สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัด/กรุงเทพมหานคร เพื่อบริหารจัดการวัคซีนและการดำเนินงานของสถานพยาบาลต่อไป