

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 ถึง ชั้นประถมศึกษาปีที่ 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					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
2					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
3					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
4					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
5					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
6					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
7					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
8					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
9					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
10					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
11					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
12					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
13					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
14					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
15					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
16					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
17					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
18					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
19					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
20					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
	จำนวนรวม					

หมายเหตุ : 1. ความประสงค์การขอรับวัคซีน พิจารณาจากเอกสารแสดงความประสงค์ขอรับการฉีดวัคซีนจากผู้ปกครองนักเรียน

2. ขอให้เก็บเอกสารฉบับนี้ไว้ ณ สถานศึกษา