

แบบตอบรับความต้องการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
วัน/เดือน/ปี เกิด.....เลขประจำตัวประชาชน.....หมู่เลือด.....
ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้ายังไม่ได้ลงทะเบียนขอรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ณ หน่วยงานใด
จึงประสงค์ขอรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งข้าพเจ้าอยู่ในกลุ่มเป้าหมาย (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- | | |
|---|--|
| ☐ เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข | ☐ เจ้าหน้าที่ที่มีโอกาสสัมผัสผู้ติดเชื้อ |
| ☐ ประชาชนอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป | ☐ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (ปอดอุดกั้นเรื้อรัง/หอบหืด) |
| ☐ โรคหัวใจและหลอดเลือด | ☐ โรคมะเร็ง |
| ☐ โรคเบาหวาน | ☐ โรคอ้วน (น้ำหนักมากกว่า ๑๐๐ กิโลกรัม) |
| ☐ โรคไตเรื้อรังระยะที่ ๕ | ☐ ประชาชนทั่วไปอายุ ๑๘-๕๕ ปี ยกเว้นหญิงตั้งครรภ์ |
| ☐ โรคหลอดเลือดสมอง | |

ลงชื่อ.....

- หมายเหตุ - ส่งแบบตอบรับให้งานป้องกันและควบคุมโรค ฝ่ายส่งเสริมสาธารณสุข สำนักสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
- หากมีข้อสงสัย สามารถติดต่อได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๓๘๑๘-๔๕๕๕ ต่อ ๕
- กรณีกำหนดวันฉีดวัคซีน จะติดต่อกลับตามเบอร์โทรศัพท์ที่ท่านให้ไว้ข้างต้น