



ที่ รศ 36/2565

6 กันยายน 2565

เรื่อง การสำรวจนักเรียนก่อนประถมศึกษา และชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 – 6 ที่มีอายุ 5 ปี ถึง 11 ปี 11 เดือน 29 วัน (ยังไม่ถึง 12 ปีบริบูรณ์) ที่มีความประสงค์จะฉีดวัคซีนไฟเซอร์ Pfizer เข็ม 1 เข็ม 2 และเข็ม 3 (เข็มกระตุ้น)

เรียน ผู้ปกครองนักเรียนก่อนประถมศึกษา และชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 – 6 ทุกท่าน

ด้วยสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบันได้มีการระบาดอย่างต่อเนื่องและส่งผลกระทบต่อวงกว้างอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยจึงมีนโยบายให้ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ Pfizer (ฝาสี่เข็มสำหรับเด็ก) สำหรับนักเรียนก่อนประถมศึกษา และชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 – 6 ที่มีอายุ 5 ปี ถึง 11 ปี 11 เดือน 29 วัน (ยังไม่ถึง 12 ปีบริบูรณ์) เพื่อลดความรุนแรง และการเสียชีวิตจากการป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานศึกษา

วันนี้ทางโรงเรียน ได้รับแจ้งว่า โรงพยาบาลบ้านโป่ง จะให้บริการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ Pfizer (ฝาสี่เข็มสำหรับเด็ก) สำหรับนักเรียนก่อนประถมศึกษา และชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 6 ที่มีอายุ 5 ปี ถึง 11 ปี 11 เดือน 29 วัน (ยังไม่ถึง 12 ปีบริบูรณ์) ภายในเดือนกันยายน 2565

จึงเรียนมาเพื่อขอท่านผู้ปกครอง แจ้งความประสงค์ให้บุตรหลานของท่านได้รับการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ Pfizer (ฝาสี่เข็มสำหรับเด็ก) เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด 19 โดยให้ตอบกลับใบสำรวจฉีดวัคซีน มายังครูประจำชั้น ภายในวันพฤหัสบดีที่ 8 กันยายน พ.ศ. 2565 เพื่อทางโรงเรียนจะได้ดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(บาทหลวงมงคล จันทรสฤษดิ์)

ผู้ลงนามแทนผู้รับใบอนุญาต/ผู้จัดการ/ผู้อำนวยการโรงเรียนธีรศาสตร์

✕-----✕-----

ใบตอบรับ

การสำรวจนักเรียนที่มีอายุ 5 ปี ถึง 11 ปี 11 เดือน 29 วัน (ยังไม่ถึง 12 ปีบริบูรณ์) และมีความประสงค์ฉีดวัคซีน Pfizer

ข้าพเจ้า ชื่อ.....นามสกุล.....

เป็นผู้ปกครองของ เด็กชาย / เด็กหญิงชั้น.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

เบอร์โทรศัพท์ (ที่ติดต่อได้สะดวก)

มีความประสงค์ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ Pfizer (ฝาสี่เข็มสำหรับเด็ก) เข็ม 1 เข็ม 2 เข็ม 3 (เข็มกระตุ้น)

ไม่ประสงค์ฉีด

ลงชื่อ.....

ผู้ปกครอง

หมายเหตุ : ให้เขียนด้วยลายมือ / หรือพิมพ์ส่งให้ครูประจำชั้น ภายในวันพฤหัสบดีที่ 8 กันยายน พ.ศ. 2565

เนื่องจากทางโรงพยาบาลบ้านโป่ง ต้องการข้อมูลเร่งด่วน