



ที่ พร ๐๐๒๓.๓/ว ๘๒

ถึง สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอทุกอำเภอ ที่ทำกองกำกับการบริหารส่วนจังหวัดแพร่  
และสำนักงานเทศบาลเมืองแพร่

ตามที่จังหวัดขอความร่วมมือดำเนินการแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีสถานศึกษา  
ในสังกัดสำรวจความประสงค์ในการรับบริการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ ของนักเรียนที่มีอายุระหว่าง ๕ - ๑๑ ปี นั้น

จังหวัดแพร่ ได้รับแจ้งจากสำนักงานศึกษาธิการจังหวัดแพร่ว่า ศูนย์ควบคุมภัยพิบัติ  
จากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ในสถานศึกษาจังหวัดแพร่ ขอความร่วมมือ  
แจ้งสถานศึกษาในสังกัดที่มีกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องตามแนวทางที่กำหนด  
สำหรับเอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองเพื่อนักเรียนก่อนประถมศึกษาและชั้นประถมศึกษาปีที่  
๑ - ๖ ให้ครูประจำชั้นรวบรวมเพื่อนำไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ให้บริการในวันที่ฉีดวัคซีนต่อไป รายละเอียด  
ปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย เรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป



กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น  
โทร. ๐-๕๔๕๓-๔๑๑๙ ต่อ ๓๐๕  
ผู้ประสานงาน คุณเรียนนภา โกสิน

รับทราบ  
31/1/2565

ที่ ศธ ๐๒๔๕/ว ๑๓๗



สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดแพร่
เลขรับ 148
วันที่ 31 ม.ค. 2565
เวลา .....

สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดแพร่  
๖/๑ - ๓ ถนนสันกลาง ซอย ๕ ตำบลในเวียง  
อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ ๕๔๐๐๐

๓๑ มกราคม ๒๕๖๕

เรื่อง การเตรียมความพร้อมข้อมูลการฉีดวัคซีนโควิด Pfizer ในเด็กนักเรียนอายุ ๕ - ไม่เกิน ๑๒ ปี  
เรียน บัญชีแนบท้าย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. แบบสำรวจการฉีดวัคซีน Pfizer ในเด็กนักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ ๑ - ๓ และชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ - ๖ ที่อยู่ในช่วงอายุ ๕ ขึ้นไป ถึงอายุ ๑๑ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วันแต่ละห้องเรียน
  ๒. แบบสรุปจำนวนนักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ ๑ - ๓ และชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ - ๖ ที่อยู่ในช่วงอายุ ๕ ขึ้นไป ถึงอายุ ๑๑ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่มีความประสงค์รับวัคซีน Pfizer แยกแต่ละสถานศึกษา
  ๓. แบบแสดงความประสงค์ของผู้ปกครอง เพื่อให้ให้นักเรียนก่อนประถมศึกษาได้รับการฉีดวัคซีน และชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ - ๖ ที่มีอายุ ๕ ขึ้นไป ถึงอายุ ๑๑ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วันได้รับการฉีดวัคซีน Pfizer (ฝาสี่สีสำหรับเด็ก)

ด้วยสำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ได้แจ้งให้ดำเนินการเตรียมความพร้อมข้อมูลการฉีดวัคซีนโควิด Pfizer ในเด็กนักเรียนอายุ ๕ - ไม่เกิน ๑๒ ปี โดยให้ศึกษาธิการจังหวัดประสานกับสถานศึกษาในจังหวัด สํารวจจำนวนนักเรียนในช่วงอายุ ๕ - ไม่เกิน ๑๒ ปี ในสถานศึกษาสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ และสถานศึกษาออกสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ และสำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ได้ประสานกับกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการจัดทำแบบฟอร์มแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองเพื่อลงนามให้นักเรียนที่อยู่ในช่วงอายุ ๕ - ไม่เกิน ๑๒ ปี ได้รับการฉีดวัคซีน Pfizer (ฝาสี่สีสูตรสำหรับเด็ก) ในการนี้กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการจัดทำแบบฟอร์มรายละเอียดการเข้ารับการฉีดวัคซีนของนักเรียนอายุ ๕ - ไม่เกิน ๑๒ ปี เสร็จเรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้ในส่วนของจังหวัดแพร่ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ได้ดำเนินการจัดทำระบบบันทึกข้อมูล และประชุมซักซ้อมความเข้าใจในการบันทึกข้อมูลให้สถานศึกษาที่มีกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว เมื่อวันที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๖๕ และดำเนินการกรอกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว

ในการนี้ สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดแพร่ โดยศูนย์ควบคุมภัยพิบัติจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ในสถานศึกษาจังหวัดแพร่ จึงขอความร่วมมือท่านแจ้งสถานศึกษาในสังกัดที่มีกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยเก็บข้อมูลตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ - ๒ ไว้ที่สถานศึกษา ส่วนสิ่งที่ส่งมาด้วย ๓ (ภาคผนวกที่ ๔ - ๕) ให้ครูประจำชั้นรวบรวมเพื่อนำไปแสดงแก่เจ้าหน้าที่ให้บริการในวันที่ ฉีดวัคซีนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายศิริโชค พิพัฒน์เสฐียรกุล)

รองศึกษาธิการจังหวัด รักษาการในตำแหน่ง  
ศึกษาธิการจังหวัดแพร่

กลุ่มพัฒนาการศึกษา  
โทร. ๐ ๕๔๕๔ ๘๒๗๑  
โทรสาร ๐ ๕๔๕๔ ๘๒๗๒

## บัญชีแนบท้าย

๑. ท้องถิ่นจังหวัดแพร่
๒. ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาแพร่ เขต ๑
๓. ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาแพร่ เขต ๒
๔. ประธานคณะกรรมการประสานและส่งเสริมการศึกษาเอกชนจังหวัดแพร่

## ภาคผนวกที่ 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				<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	

หมายเหตุ : 1. ความประสงค์การขอรับวัคซีน .พิจารณาจากเอกสารแสดงความประสงค์ขอรับการฉีดวัคซีนจากผู้ปกครองนักเรียน  
 2. ขอให้เก็บเอกสารฉบับนี้ไว้ ณ สถานศึกษา

## ภาคผนวกที่ 2

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

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

ชื่อโรงเรียน.....

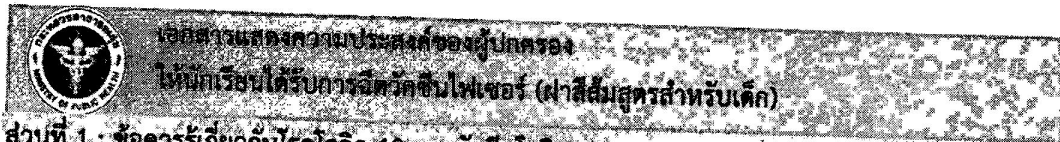
สังกัด..... จังหวัด.....

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 ส่งให้สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดและสำนักงาน  
สาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร เพื่อบริหารจัดการวัคซีนและการดำเนินงานของ  
สถานพยาบาลต่อไป  
กรณีเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่มีอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป ให้รับวัคซีน Pfizer สูตรฟาม่วง  
สำหรับผู้ใหญ่ โดยรับวัคซีน ณ สถานพยาบาล

ภาคผนวกที่ 4 เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครอง เพื่อให้นักเรียนก่อนประถมศึกษา  
และชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ที่มีอายุ 5 ปี ถึง 11 ปี 11 เดือน 29 วัน  
ได้รับวัคซีนวัคซีนไฟเซอร์ (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก)



เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครอง

ให้นักเรียนได้รับการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก)

ส่วนที่ 1 : ข้อควรรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และวัคซีนโควิด 19

### โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด 19 เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสซาร์สโควี-2 (SARS-CoV-2) ซึ่งติดต่อจากการสัมผัสกับละอองฝอยของน้ำลาย เสมหะ น้ำมูก ของผู้ติดเชื้อ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับเชื้อจนถึงเริ่มมีอาการป่วยประมาณ 2-14 วัน อาการของโรคมั้ตั้งแต่ ไข้ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ มีน้ำมูก เจ็บคอ ไอ จุกไม่ไ้กลืน ลิ้นไม่รับรส และอาจจะรุนแรงจนเกิดอาการปอดอักเสบและเสียชีวิตได้

อาการป่วยในเด็กที่ติดเชื้อโควิด 19 อาจไม่รุนแรงเมื่อเทียบกับผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่มีอาการหรือมีอาการน้อย เช่น ไข้ ไอ ปวดกล้ามเนื้อ สามารถรักษาหรือหายเองได้ โดยอาจเกิดอาการอักเสบหลายระบบหรือ มิสซี (Multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C)) หลังจากหายป่วยแต่พบได้น้อยมาก

### ความสำคัญของวัคซีนโควิด 19

เนื่องด้วยเด็กอาจไม่เคร่งครัดในการใส่หน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือในเวลาเรียน เวลาเล่น หรือทำกิจกรรมอยู่รวมกัน ดังนั้น การฉีดวัคซีนในเด็กอายุตั้งแต่ 5 ถึง 11 ปี จึงมีความสำคัญและจำเป็นเพื่อให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันสูงเพียงพอที่จะป้องกันโควิด 19

**วัคซีนโควิด 19 สำหรับเด็กอายุ 5 - 11 ปี (ครอบคลุมถึงอายุ 11 ปี 11 เดือน 29 วัน)**

วัคซีนโควิด 19 ที่สามารถฉีดได้ในเด็กอายุตั้งแต่ 5 - 11 ปี ที่กระทรวงสาธารณสุขให้บริการ คือ วัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer-BioNTech) ผลิตจากสารพันธุกรรม หรือ เอ็มอาร์เอ็นเอ (mRNA) ซึ่งได้รับการขึ้นทะเบียนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของประเทศไทย สำหรับการฉีดในเด็กอายุ 5 - 11 ปี ตามขนาดและข้อบ่งใช้ที่กำหนด (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก) เป็นวัคซีนที่มีประสิทธิภาพ ความปลอดภัยสูง สามารถป้องกันการเจ็บป่วยและช่วยลดความรุนแรงของโรคได้

**ขนาดที่ใช้ในเด็ก** ตามคำแนะนำของราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ให้ฉีดวัคซีนขนาด 10 ไมโครกรัม ปริมาณ 0.2 มิลลิลิตร เข้ากล้ามเนื้อ 2 ครั้ง ห่างกัน 3 - 12 สัปดาห์ โดยระยะห่าง 8-12 สัปดาห์จะดีกว่า 3-4 สัปดาห์ เพราะได้ระดับภูมิคุ้มกันที่สูงกว่า

อาการข้างเคียงหลังฉีดวัคซีน ส่วนมากอาการไม่รุนแรงและหายไปตัวเองใน 1 - 2 วัน โดยอาจพบอาการ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดง บริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย จึงจำเป็นต้องสังเกตอาการหลังการฉีดอย่างน้อย 30 นาที ในสถานพยาบาลหรือสถานที่ฉีดวัคซีนเสมอ

**สิ่งที่ควรปฏิบัติหลังฉีดวัคซีน** แนะนำให้งดออกกำลังกายหรือกิจกรรมการเล่นอย่างหนักเป็นระยะเวลา 7 วัน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ และถ้าเด็กมีอาการภายหลังได้รับวัคซีนที่รุนแรง เช่น อาการใจสั่น เจ็บหน้าอก หายใจไม่อิ่ม หอบเหนื่อย ให้รีบไปพบแพทย์ทันที หรือ โทร 1669 เพื่อรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

เอกสารฉบับวันที่ 21 มกราคม 2565

ส่วนที่ 2 : เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้บุตรหลานฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก)

ข้าพเจ้า ชื่อ - นามสกุล.....หมายเลขโทรศัพท์ (ผู้ปกครอง) .....

ผู้ปกครองของ.....มีความสัมพันธ์เป็น.....

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

หมายเลขโทรศัพท์ของนักเรียน (ถ้ามี) .....

ชื่อ-นามสกุล (นักเรียน).....อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....

เลขประจำตัว 13 หลัก/หมายเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างประเทศ).....สัญชาติ.....

ชื่อสถานศึกษา.....ชั้น/.....ห้อง.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ซักถามรายละเอียดจนเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนไฟเซอร์และอาการไม่พึงประสงค์ของวัคซีนที่อาจเกิดขึ้น เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้า  ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก) โดยสมัครใจ

ไม่ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก)

สาเหตุ (ถ้ามี).....

และขอรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม

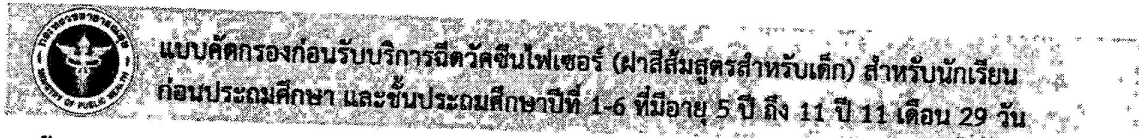
(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้นำเอกสารนี้แสดงแก่ครูประจำชั้นและเจ้าหน้าที่ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน

เอกสารฉบับวันที่ 21 มกราคม 2565

ภาคผนวกที่ 5 แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก) สำหรับนักเรียน  
ก่อนประถมศึกษา และชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ที่มีอายุ 5 ปี ถึง 11 ปี 11 เดือน 29 วัน



คำชี้แจง ให้ผู้ปกครอง กรุณากรอกข้อมูลโดยทำเครื่องหมาย  ในช่องว่างตามความจริง  
เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้พิจารณาว่า นักเรียนสามารถฉีดวัคซีนได้หรือไม่

1. นักเรียนมีอายุ 5 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
2. นักเรียนเคยมีประวัติแพ้ วัคซีนโควิด 19 หรือส่วนประกอบของวัคซีนโควิด 19 หรือมีปฏิกิริยาจากการฉีดครั้งก่อนอย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีนโควิด 19 ชนิด อื่นแทน)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
3. นักเรียนได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ภายใน 1 เดือน	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
4. นักเรียนมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท และโรคอื่น ๆ ที่เพิ่งจะมีอาการ กำเริบ ยกเว้นแพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำได้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้ (ผู้ที่มีโรคประจำตัวเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
5. นักเรียนอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
6. นักเรียนมีความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือเพิ่งออกจากโรงพยาบาลมา ไม่เกิน 14 วัน (ยกเว้นแพทย์ให้ความเห็นว่าสามารถรับวัคซีนได้)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
7. นักเรียนกำลังมีอาการป่วยไม่สบายใด ๆ (ควรรักษาให้หายป่วยก่อน)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
8. นักเรียนได้รับวัคซีนใด ๆ มาก่อนในช่วง 14 วันหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
9. นักเรียนมีความกังวลใจมากในการรับวัคซีนโควิด 19 (ขอให้รับคำปรึกษาจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจ และคลาย ความกังวลก่อนรับวัคซีนโควิด 19)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่

หมายเหตุ: นักเรียนในสถานศึกษาที่มีอายุ 12 ปีขึ้นไป ที่ยังไม่ได้รับวัคซีนโควิด 19  
สามารถรับวัคซีนไฟเซอร์ (ฝาสีม่วงสูตรสำหรับผู้ใหญ่) ได้ที่สถานพยาบาล

ทั้งนี้ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม  
(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้นำเอกสารนี้แสดงแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน



ภาคผนวกที่ 6 ตัวอย่าง หนังสือแจ้งการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก) สำหรับนักเรียน  
ก่อนประถมศึกษา และชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ที่มีอายุ 5 ปี ถึงอายุ 11 ปี 11 เดือน 29 วัน



ที่ .....

โรงเรียน.....

มกราคม 2565

เรื่อง ขออนุญาตฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก) สำหรับนักเรียนก่อนประถมศึกษา  
และชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ที่มีอายุ 5 ปี ถึง 11 ปี 11 เดือน 29 วัน

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้นักเรียนได้รับการฉีดวัคซีนไฟเซอร์  
(ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก) จำนวน 1 ชุด
2. แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก)  
สำหรับนักเรียนก่อนประถมศึกษา และชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 1 แผ่น

ด้วยสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบันได้มีการระบาดอย่างต่อเนื่อง  
และส่งผลกระทบต่อในวงกว้างอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยจึงมีนโยบายให้วัคซีนไฟเซอร์ (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก)  
สำหรับนักเรียนก่อนประถมศึกษา และชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ที่มีอายุ 5 ปี ถึง 11 ปี 11 เดือน 29 วัน เพื่อ  
ลดความรุนแรงและการเสียชีวิตจากการป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานศึกษา

เนื่องจากโรงพยาบาล.....จะให้บริการฉีดวัคซีนไฟเซอร์สำหรับนักเรียนก่อน  
ประถมศึกษา และชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ที่มีอายุ 5 ปี ถึง 11 ปี 11 เดือน 29 วัน ในวันที่ .....  
เวลา ..... จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือจากท่านผู้ปกครองในการแจ้งความประสงค์ให้บุตรหลานของ  
ท่านได้รับการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก) เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด 19 โดยให้ตอบกลับ  
ความประสงค์มายังครูประจำชั้น ภายในวันที่..... รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ผู้อำนวยการ

ผู้ประสานงาน : ครู.....

โทร. ....