

ด่วนที่สุด

ที่ ศธ ๐๒๑๐.๒๔/ว ๐๗๑



สำนักงาน กศน.จังหวัดชลบุรี

ต.เสม็ด อ.เมืองชลบุรี จ.ชลบุรี ๒๐๐๐๐

กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

เรื่อง การเตรียมความพร้อมข้อมูลการฉีดวัคซีน Pfizer ในเด็กนักเรียนอายุ ๕ – ไม่เกิน ๑๒ ปี

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยอำเภอ ทุกอำเภอ

- |                  |                                                       |              |
|------------------|-------------------------------------------------------|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. แบบสำรวจการฉีดวัคซีน Pfizer ในเด็กนักเรียนฯ        | จำนวน ๑ ฉบับ |
|                  | ๒. แบบสรุปการฉีดวัคซีน Pfizer ในเด็กนักเรียนฯ         | จำนวน ๑ ฉบับ |
|                  | ๓. แบบแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองฯ                    | จำนวน ๑ ฉบับ |
|                  | ๔. แบบสรุปจำนวนนักเรียนในสังกัดสำนักงาน กศน.          | จำนวน ๑ ฉบับ |
|                  | ๕. แนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด ๑๙ (Pfizer ฝาสีส้ม)ฯ | จำนวน ๑ ฉบับ |

ด้วย สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ได้ประสานกับสำนักงานศึกษาธิการจังหวัดเพื่อร่วมกับสถานศึกษาสำรวจและเตรียมความพร้อมของข้อมูลจำนวนนักเรียนที่ประสงค์จะรับวัคซีน Pfizer ในช่วงเด็กอายุ ๕ – ไม่เกิน ๑๒ ปี โดยขอความอนุเคราะห์ให้สถานศึกษาในสังกัดสำนักงาน กศน. ดำเนินการสำรวจข้อมูลนักเรียนในช่วงอายุ ๕ – ไม่เกิน ๑๒ ปี และสรุปจำนวนนักเรียนที่มีผู้ปกครองประสงค์ให้ได้รับการฉีดวัคซีน Pfizer (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก) ส่งไปยังสำนักงานศึกษาธิการจังหวัด

ในการนี้ สำนักงาน กศน.จังหวัดชลบุรี ขอให้สถานศึกษาทุกแห่งในสังกัด ดำเนินการ ดังนี้

๑. มอบเจ้าหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการสำรวจข้อมูลนักเรียนในช่วงอายุ ๕ – ไม่เกิน ๑๒ ปี และสรุปจำนวนนักเรียนที่ผู้ปกครองประสงค์ให้ได้รับการฉีดวัคซีน Pfizer (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก) รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ - ๓ จัดส่งสำนักงาน กศน.จังหวัดชลบุรี ภายในวันที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

๒. สำหรับสถานศึกษาที่มีนักเรียนในช่วงอายุ ๕ – ไม่เกิน ๑๒ ปี ขอให้สรุปจำนวนผู้ปกครองประสงค์ให้ได้รับการฉีดวัคซีน Pfizer (ฝาสีส้มสำหรับเด็ก) ในภาพรวม เพื่อสำนักงาน กศน.จังหวัดชลบุรี รวบรวมส่งไปยังสำนักงานศึกษาธิการจังหวัดชลบุรี ต่อไป

๓. สรุปจำนวนนักเรียนในช่วงอายุ ๕ – ไม่เกิน ๑๒ ปี ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๔ ส่งมายังสำนักงาน กศน.จังหวัดชลบุรี ภายในวันที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ [cbi\\_nfedc@nfe.go.th](mailto:cbi_nfedc@nfe.go.th) และจัดส่งฉบับจริงมาโดยด่วน

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวอุไรรัตน์ ชนะบำรุง)

รองผู้อำนวยการสำนักงาน กศน.จังหวัดชลบุรี

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงาน กศน.จังหวัดชลบุรี

กลุ่มอำนวยการ

โทรศัพท์ ๐-๓๘๒๘-๗๑๔๘ , ๐-๓๘๒๗-๗๕๔๒

โทรสาร ๐-๓๘๒๗-๓๗๙๘

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ [cbi\\_nfedc@nfe.go.th](mailto:cbi_nfedc@nfe.go.th)

# ด่วนที่สุด

ที่ ศธ ๐๒๑๐.๐๔/ว ๖๓๐



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| สำนักงาน กศน.จังหวัดชลบุรี                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| เลขที่รับ.....173.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| วันที่.....1 ก.พ. 2565.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| เวลา.....13:57 น.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <div> <div>สำนักงาน กศน.บึงฉลวย</div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ                 <input type="checkbox"/> ยุทธศาสตร์                 <input type="checkbox"/> ส่งเสริมฯ นอกระบบ                 <input type="checkbox"/> ส่งเสริมฯ ตามอัธยาศัย                 <input type="checkbox"/> ไม่เกิน ๑๐๐๐๐                 <input type="checkbox"/> นิเทศติดตามประเมินผล             </div> </div> |

๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

เรื่อง การเตรียมความพร้อมข้อมูลการฉีดวัคซีน Pfizer ในเด็กนักเรียนอายุ ๕ - ๖ ปี  
เรียน ผู้อำนวยการสำนักงาน กศน.จังหวัดทุกแห่ง/กทม.

- |                  |                                                       |                           |
|------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. แบบสำรวจการฉีดวัคซีน Pfizer ในเด็กนักเรียนฯ        | จำนวน ๑ ฉบับ              |
|                  | ๒. แบบสรุปผลการฉีดวัคซีน Pfizer ในเด็กนักเรียนฯ       | จำนวน ๑ ฉบับ 01 ก.พ. 2565 |
|                  | ๓. แบบแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองฯ                    | จำนวน ๑ ฉบับ              |
|                  | ๔. แบบสรุปจำนวนนักเรียนในสังกัด สำนักงาน กศน.         | จำนวน ๑ ฉบับ              |
|                  | ๕. แนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด ๑๙ (Pfizer ฝาสีส้ม)ฯ | จำนวน ๑ ฉบับ              |

ด้วย สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ได้ประสานกับสำนักงานศึกษาธิการจังหวัด เพื่อร่วมกับสถานศึกษาสำรวจและเตรียมความพร้อมของข้อมูลจำนวนนักเรียนที่ประสงค์จะรับวัคซีน Pfizer ในช่วงเด็กอายุ ๕ - ๖ ปี โดยขอความอนุเคราะห์ให้สถานศึกษาในสังกัดสำนักงาน กศน. ดำเนินการสำรวจข้อมูลนักเรียนในช่วงอายุ ๕ - ๖ ปี และสรุปจำนวนนักเรียนที่ผู้ปกครองประสงค์ให้ได้รับการฉีดวัคซีน Pfizer (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก) ส่งไปยังสำนักงานศึกษาธิการจังหวัด

ในการนี้ สำนักงาน กศน. พิจารณาแล้ว ขอให้หน่วยงานท่านดำเนินการ ดังนี้

๑. แจ้งสถานศึกษาในสังกัดดำเนินการสำรวจข้อมูลนักเรียนในช่วงอายุ ๕ - ๖ ปี และสรุปจำนวนนักเรียนที่ผู้ปกครองประสงค์ให้ได้รับการฉีดวัคซีน Pfizer (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก) รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ - ๓ และส่งให้สำนักงาน กศน.จังหวัด
๒. สำหรับสถานศึกษาที่มีนักเรียนในช่วงอายุ ๕ - ๖ ปี ขอให้หน่วยงานสรุปจำนวนที่ผู้ปกครองประสงค์ให้ได้รับการฉีดวัคซีน Pfizer (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก) ในภาพรวม และประสานการจัดส่งไปยังสำนักงานศึกษาธิการจังหวัด
๓. สรุปจำนวนนักเรียนในช่วงอายุ ๕ - ๖ ปี ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๔ ส่งสำนักงาน กศน. ภายในวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : korpor.ks@gmail.com

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงาน กศน.จังหวัดชลบุรี เพื่อดำเนินการต่อไป

- ☒ เพื่อโปรดทราบ/อนุมัติ
- ☒ เพื่อโปรดพิจารณาเห็นควร.....
- ลงนาม ในนาม.....
- .....

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุรศักดิ์ อินศรีไกร)

เลขาธิการ กศน.

ลงชื่อ.....

กลุ่มส่งเสริมกิจการการศึกษาและเครือข่าย

โทร. ๐ ๒๒๘๒ ๑๗๔๙ นางสาวสุวิลา บุตรสนม)

โทรสาร ๐ ๒๒๘๒ ๒๘๕๕ ผู้จัดการงานทั่วไป

- 1 ก.พ. 2565

ทพท/ลาทททล

(นางสาวไรรัตน์ ชนะบำรุง)

รองผู้อำนวยการสำนักงาน กศน.จังหวัดชลบุรี

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงาน กศน.จังหวัดชลบุรี

### 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/<br>หมายเลขหนังสือเดินทาง<br>(กรณีชาวต่างชาติ) | วัน/เดือน/ปีเกิด | อายุ (ปี) | ความประสงค์<br>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

## 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

ภาคผนวกที่ 4 เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครอง เพื่อให้นักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 1-3  
และชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ที่มีอายุ 5 ปี ถึง 11 ปี 11 เดือน 29 วัน  
ได้รับวัคซีนวัคซีน ไฟเซอร์ (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก)



เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครอง  
ให้นักเรียนได้รับการฉีดวัคซีน ไฟเซอร์ (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก)

ส่วนที่ 1 : ข้อควรรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และวัคซีนโควิด 19

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

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

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

ความสำคัญของวัคซีนโควิด 19

เนื่องจากเด็กอาจไม่เคร่งครัดในการใส่หน้ากากอนามัย 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 (ไฟเซอร์-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 สัปดาห์ จะดีกว่า 3-4 สัปดาห์ เพราะได้ระดับภูมิคุ้มกันที่สูงกว่า

อาการข้างเคียงหลังฉีดวัคซีน ส่วนมากอาการไม่รุนแรงและหายไปเองใน 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

ส่วนที่ 2 : เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้บุตรหลานฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก)

เอกสารฉบับวันที่ 21 มกราคม 2565

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 ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ซักถามรายละเอียดจนเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนไฟเซอร์และอาการ  
 ไม่พึงประสงค์ของวัคซีนที่อาจเกิดขึ้น เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้า ☐ ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก) โดยสมัครใจ  
☐ ไม่ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก)  
 สาเหตุ (ถ้ามี).....

และขอรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง

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

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้นำเอกสารนี้แสดงแก่ครูประจำชั้นและเจ้าหน้าที่ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน

เอกสารฉบับวันที่ 21 มกราคม 2565

แบบสรุปลักษณะนักเรียนอายุ 5 - ไม่เกิน 12 ปี ในสังกัด สำนักงาน กศน.

สังกัด สำนักงาน กศน.จังหวัด.....

[illegible]

**หมายเหตุ** ขอความอนุเคราะห์ส่งแบบรายงานภายในวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : korpor.ks@gmail.com

ผู้ประสานงาน นางสาวจิตรลดา โคตรโนนกอก หมายเลขผู้ประสานงาน 064 463 6516

นางสาวณัฐนรี ศิริรัตน์ 096 654 6351

**แนวทางการให้บริการ  
วัคซีนโควิด 19  
(ไฟเซอร์ ฟ้าสีส้ม  
สูตรสำหรับเด็ก)  
สำหรับเด็กอายุ 5-11 ปี**

**กรมควบคุมโรค**  
มกราคม 2565

