

คำนำหน้าชื่อ.....ชื่อ.....สกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน.....เลขหลังบัตรประชาชน.....

วัน/เดือน/ปีเกิด.....เพศ.....เบอร์โทรศัพท์.....

ที่อยู่ หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ประเภท ประชาชนทั่วไป อสม. ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคโควิด 19 บุคคลที่มีโรคประจำตัว (7 กลุ่มโรค) โรคทางเดินหายใจเรื้อรังรุนแรง เช่น ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหืดหอบ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคอ้วน ขอรับวัคซีน ไม่ขอรับวัคซีน

ลงชื่อ.....

ลงชื่อผู้สำรวจ..... (.....)

(.....) วันที่.....

คำนำหน้าชื่อ.....ชื่อ.....สกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน.....เลขหลังบัตรประชาชน.....

วัน/เดือน/ปีเกิด.....เพศ.....เบอร์โทรศัพท์.....

ที่อยู่ หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ประเภท ประชาชนทั่วไป อสม. ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคโควิด 19 บุคคลที่มีโรคประจำตัว (7 กลุ่มโรค) โรคทางเดินหายใจเรื้อรังรุนแรง เช่น ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหืดหอบ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคอ้วน ขอรับวัคซีน ไม่ขอรับวัคซีน

ลงชื่อ.....

ลงชื่อผู้สำรวจ..... (.....)

(.....) วันที่.....