



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ฝ่ายส่งเสริมการศึกษา กองการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ  
ที่ ศก ๕๑๐๐๘/ว ๗๐๕ วันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๕

เรื่อง แนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น สำหรับนักเรียน/นักศึกษา  
กลุ่มอายุ ๑๒ ปีขึ้นไป เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19)

เรียน นายท้าย

ตามที่ ได้เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ซึ่งส่งผลกระทบในวงกว้างอย่างรวดเร็ว โดยมีมติที่ประชุมคณะกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ครั้งที่ ๓/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๔ เมษายน ๒๕๖๕ และการประชุมคณะกรรมการบริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 (COVID - 19) ครั้งที่ ๖/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๘ เมษายน ๒๕๖๕ มีมติให้เด็กอายุ ๑๒ - ๑๗ ปี ที่ได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ ๒ เข็มแล้ว ให้เข้ารับวัคซีนไฟเซอร์เข็มกระตุ้นเป็นเข็มที่ ๓ โดยมีกำหนดระยะเวลา วันที่ ๙ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕ นั้น

องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษจึงขอแจ้งโรงเรียนในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ สำนวจำนวนนักเรียนกลุ่มดังกล่าว (ตามแบบสรุปรุ่ำนวนนักเรียน/นักศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๑ - ๖ หรือเทียบเท่า) ส่งให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ ภายในวันที่ ๒๘ เมษายน ๒๕๖๕ ทั้งนี้สามารถดาวน์โหลดรายละเอียดได้ที่ QR Code ห้ายหนังสือฉบับนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการ

(นายมานะพันธ์ อังคสกุลเกียรติ)

รองนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ

## แนบท้าย

โรงเรียน กระดุมทองวิทยา  
โรงเรียน ก้นท่อมวิทยาคม  
โรงเรียน กุญชรศิริวิทย์  
โรงเรียน กุดเสลาวิทยาคม  
โรงเรียน ขุนหาญวิทยาสรรค์  
โรงเรียน โคกสะอาดวิทยาคม  
โรงเรียน จิกสังข์ทองวิทยา  
โรงเรียน ดงรักวิทยา  
โรงเรียน ด่านอุดมศึกษา  
โรงเรียน ตระกาศประชาสามัคคี  
โรงเรียน ไตรมิตร  
โรงเรียน นาแก้ววิทยา  
โรงเรียน โนนปูนวิทยาคม  
โรงเรียน บกวิทยาคม  
โรงเรียน ประชาพัฒน์ศึกษา  
โรงเรียน ปรีอใหญ่วิทยบัลลังก์  
โรงเรียน ผักแพ้ววิทยา  
โรงเรียน พราณวิบูลวิทยา  
โรงเรียน โพธิ์ธาตุประชาสรรค์  
โรงเรียน โพธิ์วงษ์วิทยา  
โรงเรียน โพธิ์ศรีสุวรรณวิทยาคม  
โรงเรียน ไพรธรรมคุณวิทยา  
โรงเรียน ไพรบึงวิทยาคม  
โรงเรียน เมืองแคนวิทยาคม  
โรงเรียน เมืองจันทร์วิทยาคม  
โรงเรียน ร่มโพธิ์วิทยา  
โรงเรียน ราชสีไศล  
โรงเรียน แวงแก้ววิทยา  
โรงเรียน ศรีแก้วพิทยา  
โรงเรียน ศิลาลาดวิทยา  
โรงเรียน สายธารวิทยา  
โรงเรียน หนองถ่มวิทยา  
โรงเรียน หนองพุ่มศรีสำราญวิทยา  
โรงเรียน หนองหัวประชาสรรค์  
โรงเรียน หวายคำวิทยา

รับที่ 3997  
วันที่ 20 เม.ย. 2565  
เวลา 10.40 น.



ที่ ศธ ๐๒๑๑๐/ว ศ๑๑

สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดศรีสะเกษ  
ถนนรัตนวงษา ศก ๓๓๐๐๐

๑๗ เมษายน ๒๕๖๕  
กองการศึกษา  
รับที่ 1323

เรื่อง แนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น สำหรับนักเรียน/นักศึกษา กลุ่มอายุ ๑๒ ปีขึ้นไป เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19)  
วันที่ 20 เม.ย. 2565  
เวลา 11.42

เรียน ประธานกรรมการอาชีวศึกษาจังหวัดศรีสะเกษ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาศรีสะเกษ โยโสธร ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาศรีสะเกษ เขต ๑, ๒, ๓, ๔ และ นายกองค้การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ


สิ่งที่ส่งมาด้วย แนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น สำหรับนักเรียน/นักศึกษา กลุ่มอายุ ๑๒ ปีขึ้นไป จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ ได้เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ซึ่งส่งผลกระทบต่อในวงกว้างอย่างรวดเร็ว โดยมีมติที่ประชุมคณะกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ครั้งที่ ๓/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๔ เมษายน ๒๕๖๕ และการประชุมคณะกรรมการบริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ครั้งที่ ๖/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๘ เมษายน ๒๕๖๕ มีมติให้เด็กอายุ ๑๒ - ๑๗ ปี ที่ได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ ๒ เข็มแล้ว ให้เข้ารับวัคซีนไฟเซอร์เข็มกระตุ้นเป็นเข็มที่ ๓ โดยมีกำหนดระยะเวลาตั้งแต่วันที่ ๔ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕ นั้น

เพื่อให้การฉีดวัคซีนไฟเซอร์ให้กับนักเรียนกลุ่มอายุ ๑๒ ปีขึ้นไป เป็นไปตามวัตถุประสงค์ สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดศรีสะเกษ จึงขอแจ้งแนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น สำหรับนักเรียน/นักศึกษา และขอความร่วมมือหน่วยงานของท่าน ดำเนินการ ดังนี้

๑. แจ้งสถานศึกษาสำรวจจำนวนนักเรียนกลุ่มดังกล่าว พร้อมทั้งดำเนินการตามแนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง
๒. สรุปรายชื่อในภาพรวมของหน่วยงานแยกเป็นรายอำเภอ (ตามแบบสรุปรายชื่อจำนวนนักเรียน/นักศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๑ - ๖ หรือเทียบเท่า) ส่งให้สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดศรีสะเกษ ภายในวันที่ ๒๙ เมษายน ๒๕๖๕ ทั้งนี้สามารถดาวน์โหลดรายละเอียดได้ที่ QR Code ท้ายหนังสือฉบับนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ  
  
(นายชุมศักดิ์ ชุมนอม)

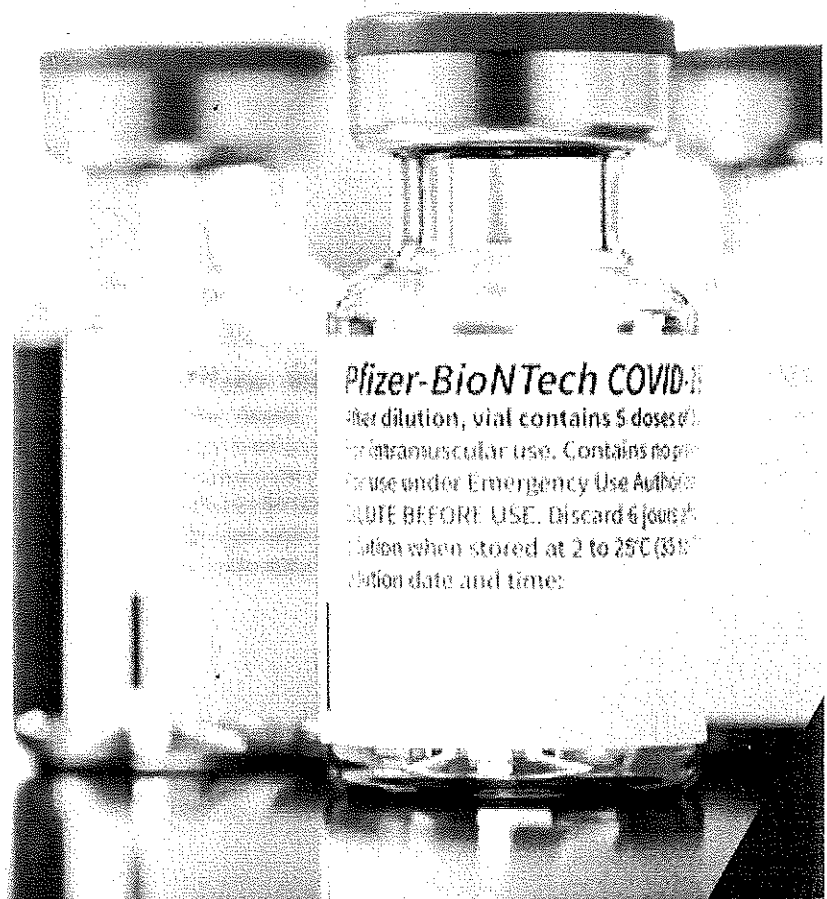
รองศึกษาธิการจังหวัด รักษาการในตำแหน่ง  
ศึกษาธิการจังหวัดศรีสะเกษ



สิ่งที่ส่งมาด้วย  
กลุ่มพัฒนาการศึกษา  
โทร. ๐๔๕-๖๑๔-๐๑๗ โทรสาร ๐๔๕-๖๑๔-๐๑๙  
E-mail : edu.sisaket๒๕๖๐@gmail.com

แนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฟาสิมวง  
เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส  
ผ่านระบบสถานศึกษา สำหรับนักเรียน/นักศึกษา  
อายุ 12 ปี ขึ้นไปที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์  
ครบ 2 เข็ม

กรมควบคุมโรค  
เมษายน 2565



**แนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส  
ผ่านระบบสถานศึกษา สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป  
ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม**

*กรมควบคุมโรค  
เมษายน 2565*

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในปัจจุบันได้ส่งผลกระทบต่อในวงกว้างอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยจึงกำหนดให้การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยวัคซีนโควิด 19 แก่ประชากรไทยทุกคน ซึ่งเป็นวิธีที่มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ โดยนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า เป็นหนึ่งในกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่ต้องได้รับวัคซีน เพื่อให้มีภูมิคุ้มกันต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเพื่อเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยรุนแรงและการเสียชีวิตจากโรคดังกล่าว ซึ่งเริ่มให้วัคซีนในกลุ่มนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าเป็นครั้งแรก เมื่อเดือนตุลาคม 2564 ที่ผ่านมา

จากผลการศึกษาระดับภูมิคุ้มกันโรคทั้งต่างประเทศและในประเทศพบว่าระดับภูมิคุ้มกันของเด็กที่ได้รับวัคซีนจะเริ่มลดลงจนไม่สามารถป้องกันโรคได้ ภายหลังจากได้รับวัคซีนเข็มที่สอง เป็นระยะเวลา 4-6 เดือน จากที่ประชุมคณะกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ครั้งที่ 3/2565 เมื่อวันที่ 4 เมษายน 2565 และการประชุมคณะกรรมการบริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ครั้งที่ 6/2565 วันที่ 8 เมษายน 2565 มีมติให้เด็กอายุ 12-17 ปี ที่ได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็มแล้ว ให้เข้ารับวัคซีนไฟเซอร์ เข็มกระตุ้นเป็นเข็มที่ 3 ขนาด โดสปกติ หรือ ครึ่งโดส มีระยะห่างจากเข็มที่ 2 เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4-6 เดือน ขึ้นไป โดยให้เป็นไปตามความสมัครใจของผู้ปกครองและเด็ก ประกอบกับที่ประชุมศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ครั้งที่ 445 วันที่ 11 เมษายน 2565 มีมติให้เด็กอายุ 12-17 ปี ที่ได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็มแล้ว ให้เข้ารับวัคซีนไฟเซอร์ เข็มกระตุ้นเป็นเข็มที่ 3 ขนาด ครึ่งโดส มีระยะห่างจากเข็มที่ 2 เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4 - 6 เดือน ขึ้นไป โดยให้เป็นไปตามความสมัครใจของผู้ปกครองและเด็ก โดยให้บริการผ่านระบบสถานศึกษา เพื่อเตรียมการสำหรับเปิดภาคการศึกษาที่ 1/2565 โดยบูรณาการความร่วมมือกับกระทรวงศึกษาธิการ

กรมควบคุมโรคจึงได้จัดแนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีแนวทางการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

แนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา  
สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม

ฉบับวันที่ 12 เมษายน 2564

## 1. วัตถุประสงค์

เพื่อกระตุ้นภูมิคุ้มกันของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มเป้าหมาย

## 2. กลุ่มเป้าหมาย

นักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปีขึ้นไป ที่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช./ปวส.) หรือเทียบเท่า โดยมีเงื่อนไข ดังต่อไปนี้

- 2.1 เป็นผู้ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง ครบ 2 เข็ม เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4 – 6 เดือน ขึ้นไป และ
- 2.2 เป็นผู้ที่ต้องการได้รับการกระตุ้นด้วยวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง ขนาดครึ่งโดส (15 ไมโครกรัม/โดส)

## 3. กำหนดการให้วัคซีน

กำหนดให้วัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้นเป็นเข็มที่ 3 ขนาด ครึ่งโดส (15 ไมโครกรัม/โดส) ปริมาตร 0.15 มิลลิลิตร เข้ากล้ามเนื้อ โดยมีระยะห่างจากเข็มที่ 2 เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4 - 6 เดือน ขึ้นไป

## 4. ระยะเวลาและพื้นที่ดำเนินการ

ขอให้ดำเนินการฉีดวัคซีนให้แก่กลุ่มเป้าหมายโดยเร็ว ตั้งแต่วันที่ 9 - 31 พฤษภาคม 2565 พร้อมกันทั่วประเทศ 76 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร

ทั้งนี้ หากพื้นที่ใดมีความพร้อม สามารถให้บริการในกลุ่มเป้าหมายได้ก่อนวันดังกล่าว

## 5. รูปแบบการดำเนินงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5.1 กำหนดให้กลุ่มเป้าหมายดังข้อ 3 ได้รับวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้นเป็นเข็มที่ 3 ขนาด ครึ่งโดส (15 ไมโครกรัม/โดส) ผ่านระบบสถานศึกษา (รูปแบบวัคซีนนักเรียน; School-based vaccination) โดยประสานการดำเนินงานผ่านกระทรวงศึกษาธิการ รายละเอียดการประสานงานเช่นเดียวกับแนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด 19 (ไฟเซอร์) สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า

5.2 ในกรณีที่นอกเหนือจากกลุ่มเป้าหมายในข้อ 2 ได้แก่

- เด็กอายุ 12 ปีขึ้นไป ที่อยู่นอกระบบการศึกษา
- ผู้เข้ารับวัคซีนโควิด 19 ครบ 2 เข็มขึ้นไป ที่ไม่ใช่วัคซีนไฟเซอร์ทั้ง 2 เข็ม
- นักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในระบบการศึกษา ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง ครบ 2 เข็ม เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4 – 6 เดือน ขึ้นไป และต้องการได้รับการกระตุ้นด้วยวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง ขนาดเต็มโดส (30 ไมโครกรัม/โดส)

ให้กลุ่มเป้าหมายดังกล่าว สามารถเข้ารับวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วงเข็มกระตุ้น ผ่านระบบสถานพยาบาล ตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข

---

แนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา

สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม

ฉบับวันที่ 12 เมษายน 2564

5.3 ผู้ที่มีเงื่อนไขเฉพาะ มีความจำเป็น หรือ มีข้อจำกัดในการรับวัคซีนตามแนวทางการฉีดวัคซีนที่กระทรวงสาธารณสุขแนะนำ ให้นำหน่วยบริการพิจารณาฉีดวัคซีนตามดุลพินิจของแพทย์ ภายใต้หลักวิชาการ คำแนะนำจากบริษัทผู้ผลิต และความสมัครใจของผู้รับวัคซีน

ทั้งนี้การเตรียมการก่อน-ระหว่าง-หลังให้บริการ ขอให้ยึดถือตามแนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด 19 (ไฟเซอร์) สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า

#### 6. การเบิกวัคซีนไฟเซอร์ฝ่าสีม่วงเป็นเข็มกระตุ้น

ขอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแจ้งจำนวนนักเรียนและวัคซีนไฟเซอร์ฝ่าสีม่วงเป็นเข็มกระตุ้นที่ต้องการ โดยคำนึงถึงวันหมดอายุของวัคซีนและตู้เย็นที่จัดเก็บวัคซีน ไปยังกลุ่มโรคป้องกันด้วยวัคซีนกองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค ภายในวันที่ 26 เมษายน 2565 เวลา 16.30 น. ผ่าน google form <https://shorturl.asia/Cqbk0> โดยมีนางสาวอรอุมา คำคำวี เป็นผู้ประสานงาน โทรศัพท์ 02 590 3196 โดยทางกองโรคติดต่อทั่วไป จะจัดส่งวัคซีนภายในวันที่ 6 พฤษภาคม 2565

ทั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสามารถบริหารจัดการวัคซีนไฟเซอร์ฝ่าสีม่วงที่มีอยู่ในพื้นที่ เพื่อนำมาให้บริการในกลุ่มเป้าหมายได้ตามบริบทอย่างเหมาะสม

แบบสำรวจการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา  
 สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4 - 6 เดือน ขึ้นไป  
 ชื่อโรงเรียน..... ชั้น..... ห้อง.....  
 สังกัด..... จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้อาจารย์ประจำชั้นสำรวจข้อมูลการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา  
 สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4 - 6 เดือน ขึ้นไป แต่ละห้องเรียน

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	หมายเลขบัตรประชาชน/ หมายเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างชาติ)	วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ (ปี)	ความประสงค์รับวัคซีน		หมายเหตุ
					รับ	ไม่รับ	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
	รวม						

หมายเหตุ : 1. ความประสงค์การได้รับวัคซีนพิจารณาจากเอกสารแสดงความประสงค์การฉีดวัคซีนจากผู้ปกครอง

2. ขอให้เก็บเอกสารฉบับนี้ไว้ ณ สถานศึกษา

เอกสารฉบับวันที่ 12 เมษายน 2565

แนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา  
 สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม  
 ฉบับวันที่ 12 เมษายน 2564



แบบสรุปลำดับนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์  
ครบ 2 เข็ม เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4 – 6 เดือน ขึ้นไป ที่มีความประสงค์รับวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง

เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา

ชื่อโรงเรียน.....

สังกัด..... จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้โรงเรียนสรุปลำดับนักเรียนทั้งหมดที่ประสงค์รับวัคซีนฯ ของสถานศึกษา

ลำดับที่	ระดับชั้น	จำนวนนักเรียน (คน)		หมายเหตุ
		ทั้งหมด	ประสงค์รับ	
1	ม.1 หรือ.....			
2	ม.2 หรือ.....			
3	ม.3 หรือ.....			
4	ม.4 หรือ.....			
5	ม.5 หรือ.....			
6	ม.6 หรือ.....			
	รวม			

หมายเหตุ : สถานศึกษารวบรวมจำนวนนักเรียนส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร

เพื่อบริหารจัดการวัคซีนและสถานพยาบาลต่อไป

เอกสารฉบับวันที่ 12 เมษายน 2565

แนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา

สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม

ฉบับวันที่ 12 เมษายน 2564

แบบสรุปจำนวนนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4 - 6 เดือน ขึ้นไป  
ที่มีความประสงค์รับวัคซีนไฟเซอร์ฟรีสำมะง รายงานศึกษา รายงานจังหวัด  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวบรวมจำนวนนักเรียนทั้งหมดที่ประสงค์รับวัคซีนรายงานสถานศึกษาและกำหนดชื่อสถานพยาบาลที่ให้บริการฉีดวัคซีน

ลำดับที่	อำเภอ/เขต	ชื่อโรงเรียน	สังกัด	จำนวนนักเรียนทั้งหมด (คน)	จำนวนนักเรียนที่ประสงค์รับวัคซีน (คน)						สำหรับเจ้าหน้าที่คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด/กรุงเทพมหานคร เป็นผู้กำหนด	
					ม.1 หรือ.....	ม.2 หรือ.....	ม.3 หรือ.....	ม.4 หรือ.....	ม.5 หรือ.....	ม.6 หรือ.....		
											รวม	ชื่อสถานพยาบาลที่ให้บริการฉีดวัคซีน

เอกสารฉบับวันที่ 12 เมษายน 2565

แนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฟรีสำมะง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา  
สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม  
ฉบับวันที่ 12 เมษายน 2564



## เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้นักเรียน/นักศึกษา ที่ประสงค์ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วงเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส

### ส่วนที่ 1 : ข้อควรรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และวัคซีนโควิด 19

โรคโควิด 19 เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งการติดเชื้อในเด็กสามารถมีอาการได้หลากหลายตั้งแต่ไม่มีอาการเลย จนถึงปอดอักเสบรุนแรง หรือเสียชีวิต ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยเด็กติดเชื้อมักมีอาการไม่รุนแรง โดยพบอาการเพียงเล็กน้อย เช่น ไข้ ไอ ปวดกล้ามเนื้อ และมีเพียงร้อยละ 5 ของผู้ป่วยเด็กติดเชื้อที่มีอาการรุนแรงหรือวิกฤติ เช่น ปอดอักเสบรุนแรง ระบบหายใจหรือระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว รวมถึงภาวะอวัยวะหลายระบบในเด็ก ภาวะแทรกซ้อนมักพบในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น เด็กเล็กอายุน้อยกว่า 1 ปี ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต โรคปอดเรื้อรัง หรือภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ในประเทศไทยพบว่าแม้จะมีการติดเชื้อในเด็กอายุน้อยกว่า 18 ปีในสัดส่วนที่สูงขึ้น แต่ผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อโรคโควิด 19 ส่วนใหญ่ก็มีอาการไม่รุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตน้อยมาก

วัคซีนมีประสิทธิภาพในการป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ การฉีดวัคซีนอาจป้องกันโรคแบบไม่รุนแรงหรือไม่มีอาการไม่ได้ ดังนั้นผู้ที่ได้รับวัคซีนจึงยังอาจจะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ จึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการอื่น ๆ ตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด/กรุงเทพมหานคร และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ ลงทะเบียนเมื่อเข้าไปยังสถานที่ เป็นต้น

วัคซีนไฟเซอร์ชนิดฝาสีม่วง เป็นวัคซีนชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอ (mRNA vaccine) ของบริษัท ไฟเซอร์ ไบโอเอ็นเทค (Pizer-BioNTech) ซึ่งเป็นวัคซีนที่มีประสิทธิภาพสูง สามารถป้องกันการนอนโรงพยาบาลเนื่องจากป่วยหนักและเสียชีวิตได้ มีข้อบ่งชี้ในการให้วัคซีนในบุคคลอายุ 12 ปีขึ้นไป โดยฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 2 ครั้ง ห่างกัน 3 - 4 สัปดาห์ และสามารถให้วัคซีนไฟเซอร์เป็นเข็มกระตุ้นเข็มที่ 3 โดยมีระยะห่างจากเข็มที่ 2 เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4-6 เดือน ขึ้นไป ซึ่งสามารถให้วัคซีนในปริมาณ 15 ไมโครกรัม/โดส สามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้ใกล้เคียงการได้รับวัคซีนขนาด 30 ไมโครกรัม/โดส แต่อาจมีผลข้างเคียงน้อยกว่าการได้รับวัคซีนขนาด 30 ไมโครกรัม/โดส เป็นเข็มกระตุ้น โดยมีข้อห้ามในการรับวัคซีนไฟเซอร์ ได้แก่ บุคคลที่มีอาการแพ้อย่างรุนแรงในการฉีดวัคซีนเข็มแรก บุคคลที่แพ้วัคซีนและสารที่เป็นส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 12 ปี ผู้ที่มีความเจ็บป่วยเฉียบพลัน และหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์

ผู้ที่มีความประสงค์รับวัคซีนไฟเซอร์ควรมีการเตรียมตัวก่อนรับวัคซีน ได้แก่ ปฏิบัติตัวตามปกติ พักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายตามปกติ ทำจิตใจให้ไม่เครียดหรือวิตกกังวล หากเจ็บป่วยไม่สบายควรเลื่อนการฉีดออกไปก่อน ผู้ที่มีโรคประจำตัวต่าง ๆ สามารถรับวัคซีนได้ รับประทานยาประจำได้ตามปกติ ยกเว้นโรคที่มีความเสี่ยงที่อาจอันตรายถึงชีวิต โรคที่ยังควบคุมไม่ได้ มีอาการกำเริบ หรืออาการยังไม่คงที่ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคทางระบบประสาท เป็นต้น ในผู้ที่ไม่แน่ใจหรือมีอาการยังไม่คงที่ ควรให้แพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำประเมินก่อนฉีด และการมีประจำเดือนไม่เป็นข้อห้ามในการฉีดวัคซีน

จากการศึกษาผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ในเด็กและวัยรุ่น พบว่ามีความปลอดภัยสูง ไม่แตกต่างกับการฉีดในประชากรกลุ่มอายุอื่นๆ โดยผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ เจ็บในตำแหน่งที่ฉีด อ่อนเพลีย ปวดศีรษะหรือมีไข้ มักพบผลข้างเคียงหลังการฉีดวัคซีนเข็มที่สองมากกว่าหลังการฉีดเข็มแรกเล็กน้อย ส่วนมากอาการไม่รุนแรงและหายไปเองใน 1-2 วัน หากพบอาการดังกล่าว แนะนำให้รับประทานยาพาราเซตามอล และควรงดออกกำลังกายหลังได้รับวัคซีนนาน 1 สัปดาห์ แม้ว่าวัคซีนเหล่านี้จะได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ว่ามีความปลอดภัยและให้ใช้ได้แล้วก็ตาม แต่การฉีดวัคซีนนี้ก็ยังสามารถทำให้เกิดอาการแพ้รุนแรง (anaphylaxis) ซึ่งเป็นปฏิกิริยาภูมิแพ้แบบฉับพลัน โดยมักเกิดภายใน 5-30 นาทีหลังจากฉีดวัคซีน อาการแพ้รุนแรงมักมีอาการทั่วร่างกายหรือมีอาการแสดงหลายระบบ เช่น หอบเหนื่อย

แนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา

สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม

ฉบับวันที่ 12 เมษายน 2564

หลอดลมตีบ หดสติ ความดันโลหิตต่ำ ผื่นลมพิษ ปากบวม หน้าบวม คลื่นไส้ อาเจียน หรืออาจมีความรุนแรงถึงชีวิต  
จึงจำเป็นต้องสังเกตอาการหลังการฉีดอย่างน้อย 30 นาทีในสถานพยาบาลหรือสถานที่ฉีดวัคซีนเสมอ

จากข้อมูลของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา (US CDC) ณ วันที่ 11 มิถุนายน 2564 พบรายงาน  
การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ หรือ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบภายหลังการฉีดวัคซีนชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอ ในผู้ที่มีอายุ 12-17 ปี  
ได้ โดยพบอาการดังกล่าวหลังฉีดเข็มที่สองมากกว่าเข็มที่ 1 และมักพบในเพศชาย (ประมาณ 66.7 รายจากการฉีดวัคซีน  
1 ล้านโดส) และเพศหญิง (ประมาณ 9.1 รายจากการฉีดวัคซีน 1 ล้านโดส) โดยอาการที่พบ เช่น การเจ็บหน้าอก หายใจไม่อิ่ม  
หรือ ใจสั่น อย่างไรก็ตาม จากการติดตามผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ หรือ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบในระยะสั้น  
พบว่า ส่วนใหญ่สามารถกลับมาใช้ชีวิตเป็นปกติได้ภายหลังการรักษา

หากผู้รับวัคซีนเกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือไม่แน่ใจว่าอาการดังกล่าวเกิดจากวัคซีนหรือไม่ ควรแนะนำให้ผู้ปกครอง/  
ผู้รับวัคซีนปรึกษาแพทย์เพิ่มเติม โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงและเกิดขึ้นในช่วง 4 สัปดาห์หลังฉีด  
วัคซีน และหากฉีดวัคซีนแล้วมีปฏิกิริยาแพ้รุนแรง เช่น มีผื่นทั้งตัว หน้าบวม คอบวม หายใจลำบาก ใจสั่น วิงเวียนหรืออ่อนแรง  
หรือมีอาการแขนขาอ่อนแรง รวมถึงหากมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจเหนื่อย หรือหายใจไม่อิ่ม ใจสั่น ซึ่งเป็นอาการที่สงสัย  
ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ/เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ควรรีบไปพบแพทย์ หรือโทร 1669 เพื่อรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

## ส่วนที่ 2 : เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้บุตรหลานฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฝ่าสีม่วงเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส

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

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

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ถนน.....

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

หมายเลขโทรศัพท์ (นักเรียน).....

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

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

ชื่อสถานศึกษา.....ชั้น/ปี.....ห้อง.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ซักถามรายละเอียดจนเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนไฟเซอร์และอาการไม่พึงประสงค์ของวัคซีนที่  
อาจเกิดขึ้น เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้า  ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฝ่าสีม่วงเข็มกระตุ้น ขนาด 15 ไมโครกรัม/โดส โดยสมัครใจ

ไม่ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฝ่าสีม่วงเข็มกระตุ้น ขนาด 15 ไมโครกรัม/โดส

และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้ นำเอกสารนี้แสดงแก่ครูประจำชั้นและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน

แนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฝ่าสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา

สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม

ฉบับวันที่ 12 เมษายน 2564



แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วงเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส  
สำหรับนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า

คำชี้แจง ให้ผู้ปกครอง กรุณากรอกข้อมูลโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามความจริง เพื่อเจ้าหน้าที่  
จะได้พิจารณาว่า นักเรียน/นักศึกษา สามารถฉีดวัคซีนได้หรือไม่

1	นักเรียนมีอายุไม่ถึง 12 ปีบริบูรณ์ ณ วันที่ฉีด	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
2	นักเรียนไม่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง ครบ 2 เข็ม เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4 – 6 เดือน ขึ้นไป	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
3	นักเรียนเคยมีประวัติแพ้ วัคซีนโควิด 19 หรือส่วนประกอบของวัคซีนโควิด 19 หรือมี ปฏิกิริยาจากการฉีดครั้งก่อนอย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีนโควิด 19 ชนิดอื่นแทน)	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
4	นักเรียนได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ภายใน 3 เดือน	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
5	นักเรียนมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท และโรคอื่น ๆ ที่เพิ่งจะมีอาการกำเริบ ยกเว้น แพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำได้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้ (ผู้ที่มีโรคประจำตัวเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน)	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
6	นักเรียนอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
7	นักเรียนมีความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือเพิ่งออกจากโรงพยาบาลมาไม่เกิน 14 วัน (ยกเว้นแพทย์ให้ความเห็นว่าสามารถรับวัคซีนได้)	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
8	นักเรียนกำลังมีอาการป่วยไม่สบายใด ๆ (ควรรักษาให้หายป่วยก่อน)	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
9	นักเรียนได้รับวัคซีนใด ๆ มาก่อนในช่วง 14 วันหรือไม่	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
10.	นักเรียนมีความกังวลใจมากในการรับวัคซีนโควิด 19 (ขอให้รับคำปรึกษาจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจและคลาย ความกังวลก่อนรับวัคซีนโควิด 19)	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่

หมายเหตุ: หากนักเรียน/นักศึกษาในสถาบันการศึกษาดังกล่าว มีอายุเกิน 18 ปี ให้รับวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง  
เข็มกระตุ้นได้ พร้อมกับนักเรียนร่วมสถาบันการศึกษา

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

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

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้นำเอกสารนี้แสดงแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน

แนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา

สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม

ฉบับวันที่ 12 เมษายน 2564

ที่ .....

โรงเรียน.....

กันยายน 2564

เรื่อง ขออนุญาตฉีดวัคซีนไฟเซอร์สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 หรือเทียบเท่า  
เรียน ท่านผู้ปกครองนักเรียน

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้นักเรียน/นักศึกษาที่ประสงค์ฉีดวัคซีนไฟเซอร์  
ผ้าสีม่วงเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส จำนวน 1 ชุด  
2. แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ผ้าสีม่วงเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส  
สำหรับนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า จำนวน 1 แผ่น

ด้วยสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบันได้ส่งผลกระทบในวงกว้าง  
อย่างรวดเร็ว ประเทศไทยจึงมีนโยบายให้วัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer) สำหรับนักเรียน/นักศึกษา ซึ่งศึกษาใน  
ระดับชั้นมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่าให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ผ้าสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบ  
สถานศึกษา สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม เพื่อลด  
ความรุนแรงและการเสียชีวิตจากการป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานศึกษา

เนื่องจากโรงพยาบาล.....จะให้บริการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ผ้าสีม่วง เป็นเข็ม  
กระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ในวันที่ ..... เวลา ..... จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือจากท่าน  
ผู้ปกครองในการแจ้งความประสงค์ให้บุตรหลานของท่านได้รับการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค  
โควิด 19 โดยให้ตอบกลับความประสงค์มายังครูประจำชั้น ภายในวันที่ .....รายละเอียดตาม  
สิ่งที่ส่งมาด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ผู้อำนวยการ

ผู้ประสานงาน : ครู.....

โทร. ....

---

แนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ผ้าสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา

สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม

ฉบับวันที่ 12 เมษายน 2564