



Assumption College Sriracha

โรงเรียนอัสสัมชัญศรีราชา

29 หมู่ 10 ตำบลสุรศักดิ์ อำเภอสriracha จังหวัดชลบุรี 20110
29 Moo 10, Surasak, Sriracha District, Chonburi 20110, Thailand

Tel. 0-3831-1055-6 ; Fax 0-3832-3805 ; website : <http://www.acs.ac.th> ; e-mail : acsinfo@acs.ac.th



ที่ อสช(ว) 0009/2568

9 มกราคม 2568

เรื่อง ขอสำรวจความประสงค์ในการให้นักเรียนรับบริการวัคซีนพื้นฐานตามเกณฑ์อายุ

เรียน ผู้ปกครองนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบตอบรับวัคซีนตามเกณฑ์อายุ จำนวน 1 ฉบับ

ด้วยโรงพยาบาลแหลมฉบัง โดยงานป้องกันโรค แจ้งว่าจะเข้ามาให้บริการวัคซีนพื้นฐานตามเกณฑ์อายุในโรงเรียน ในวันจันทร์ที่ 27 มกราคม 2568 เพื่อเป็นการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแก่นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ที่ยังได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน, คอตีบ-บาดทะยัก, โปлио, ใช้สมองอักเสบ-เจอี และไวรัสตับอักเสบบี ไม่ครบตามจำนวนครั้งที่กำหนด โดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ

ดังนั้น ทางโรงเรียนจึงขอความกรุณาให้ท่านแสดงความประสงค์ลงในใบตอบรับด้านล่างนี้ และส่งคืนที่ครูประจำชั้น ภายในวันจันทร์ที่ 20 มกราคม 2568 เพื่องานอนามัย ฝ่ายบริหารทั่วไป จะได้ประสานการดำเนินงานต่อไป โดยหากท่านอนุญาตให้ทางโรงเรียนดำเนินการดังกล่าวให้นักเรียน เมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงานแล้ว ทางโรงเรียนจะมีจดหมายรายงานผลให้ท่านทราบเป็นลำดับต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ



ฝ่ายบริหารทั่วไป (งานอนามัย)

โทร. 0-3831-1055-6 ต่อ 151

✂

แบบตอบรับวัคซีนตามเกณฑ์อายุ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1
(ตามหนังสือที่ อสช(ว) 0009/2568)

ชื่อ-สกุลนักเรียน เลขประจำตัวนักเรียน ชั้น ป.1./..... เลขที่.....
เลขบัตรประชาชน วัน เดือน ปี เกิด กรุ๊ปเลือด เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา
ชื่อ-สกุลบิดา ชื่อ-สกุลมารดา
ประเภท ☐ ไป กลับ ☐ ประจำหอพัก หมายเลขโทรศัพท์ผู้ปกครอง.....
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด

☐ อนุญาตให้นักเรียนฉีดวัคซีน ระบุชนิด : กรุณาเลือกชนิดวัคซีนที่นักเรียนยังได้รับไม่ครบ ตามเส้นเน้นข้อความ (จากผลการตรวจสอบประวัติการได้รับวัคซีนที่ผู้ปกครองส่งมาเมื่อประมาณเดือนธันวาคม 2567)

- ☐ คอตีบ-บาดทะยัก (dT) และโปลิโอชนิดรับประทาน (OPV) : เฉพาะนักเรียนที่ได้รับยังไม่ครบ 5 ครั้ง
- ☐ หัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (MMR) : เฉพาะนักเรียนที่ได้รับยังไม่ครบ 2 ครั้ง
- ☐ ใช้สมองอักเสบ (LAJE) : เฉพาะนักเรียนที่ได้รับยังไม่ครบครบ 2 ครั้ง (เชื่อเป็น)
- ☐ ไวรัสตับอักเสบบี (HBV) : เฉพาะนักเรียนที่ได้รับยังไม่ครบ 3 ครั้ง

☐ อนุญาตไม่ระบุชนิด โดยให้ทางโรงพยาบาลพิจารณา ให้บริการวัคซีนพื้นฐานที่ยังได้รับไม่ครบแทนผู้ปกครอง (กรณีนี้เพียงส่งสมุดบันทึกประวัติการได้รับวัคซีนของนักเรียนมาพร้อมกับแบบตอบรับนี้)

☐ ไม่อนุญาตให้นักเรียนรับวัคซีน เนื่องจาก : กรุณาระบุ (ไม่ต้องส่งเอกสารใดแนบ).....

ลงชื่อ ผู้ปกครอง
..... มกราคม 2568

หมายเหตุ : กรณีที่ท่านต้องการให้ทางโรงเรียนดำเนินการให้ กรุณาส่งแบบตอบรับนี้พร้อมแนบบัตรประชาชน หรือสำเนาสูติบัตร มาที่ครูประจำชั้น ภายในวันจันทร์ที่ 20 มกราคม 2568

: เมื่อนักเรียนได้รับการฉีดวัคซีนแล้ว ทางเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจะลงบันทึกประวัติวัคซีนที่ให้บริการแก่นักเรียนลงในสมุดบันทึก ฯ ประจำตัวของนักเรียน หลังจากนั้นทางงานอนามัยจะรวบรวมสมุดบันทึกดังกล่าวส่งคืนให้แก่ท่าน ผ่านครูประจำชั้นเป็นลำดับต่อไป (รวมถึงนักเรียนที่ผู้ปกครองประสงค์จะพานักเรียนไปรับบริการเองด้วย)

: ขออนุญาตยกเลิกการตอบรับให้บริการวัคซีนแก่นักเรียน กรณีที่ท่านยังไม่เคยส่งประวัติการได้รับวัคซีนมาก่อน และประกอบกับในครั้งนี้นักเรียนไม่ได้แนบสมุดบันทึกประวัติการได้รับวัคซีนตัวจริงมาด้วย