แบบสำรวจการฉีดวัคซีน Pfizer (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก) ในนักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 1-3
และชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ที่อยู่ในช่วงอายุ 5 ปีขึ้นไปถึงอายุ 11 ปี 11 เดือน 29 วัน แต่ละห้องเรียน
โรงเรียนพระมารดานิจจานุเคราะห์ ชั้น อนุบาล 1 ห้อง 3
สังกัดสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน จังหวัดกรุงเทพมหานคร

คำชี้แจง ขอให้อาจารย์ประจำชั้นสำรวจข้อมูลการฉีดวัคซีน Pfizer (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก) ในนักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 1-3
สำหรับนักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 1 ถึง ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 แต่ละห้องเรียน

ลำดับ	ชื่อ นามสกุล	วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ (ปี)	ความประสงค์ รับวัคซีน Pfizer	หมายเหตุ
1	เด็กชาย กิตติวินท์ ยอดยา	14/12/2559	5	☑ รับ ☐ ไม่รับ	
	รวม				

หมายเหตุ : 1. ความประสงค์การขอรับวัคซีน พิจารณาจากเอกสารแสดงความประสงค์ขอรับการฉีดวัคซีนจากผู้ปกครองนักเรียน
2. ขอให้เก็บเอกสารฉบับนี้ไว้ ณ สถานศึกษา