



โรงเรียนจอมสุรางค์อุปถัมภ์
เลขรับ.....0256
วันที่.....31.ม.ค..2567.....
เวลา.....

ที่ อบ.๐๐๓๓.๑๐๓.๓/ศ.สสจ

ศูนย์แพทย์โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
สาขาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
ต.หอรัตนไชย อ.พระนครศรีอยุธยา
จ.พระนครศรีอยุธยา ๑๓๐๐๐

๓๑ มกราคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุญาตฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนจอมสุรางค์อุปถัมภ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.ใบอนุญาตของผู้ปกครองให้บุตรหลานได้ฉีดวัคซีน

เนื่องด้วยกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ให้กับนักเรียนหญิง
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๑ ในรายที่ได้รับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกมาแล้ว 1 เข็ม เพื่อเป็นการกระตุ้นภูมิคุ้มกันโรค
โดยจะฉีดเฉพาะเด็กนักเรียนที่ผู้ปกครองอนุญาต

ดังนั้น ศูนย์แพทย์โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จะเริ่มทำการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก
เข็ม ๒ ให้กับนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๑ เฉพาะในรายที่เคยได้รับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกมาแล้ว ๑ เข็ม
เฉพาะนักเรียนที่ผู้ปกครองอนุญาต โดยจะฉีดในวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ ตั้งแต่เวลา ๐๙.๐๐ น. เป็นต้นไป
แจ้งให้นักเรียนที่ฉีดนำบัตรประชาชนและใบอนุญาตฉีดวัคซีน นำมาในวันที่ฉีดด้วย

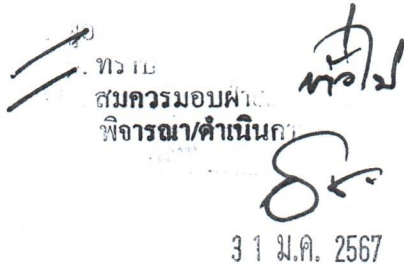
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ



(นางอนัญญา วรรณทอง)

หัวหน้าศูนย์แพทย์โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
สาขาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา


พร.ณ.
สมควรมอบคำ
พิจารณา/ดำเนินการ
31 ม.ค. 2567

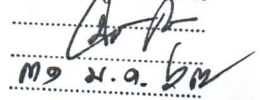
ศูนย์แพทย์โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
สาขาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
โทรศัพท์ ๐๙๒-๕๓๑๐๙๙๙

- ทกพ

- ผอ.เขตสุขภาพจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

9 กพ ๖๗.

✓ทราบ ☐ อนุญาต ☐ อนุมัติ
✓มอบ ☐ บริหารวิชาการ
☐ บริหารงานบุคคล
☐ บริหารงบประมาณ
☒ บริหารทั่วไป
☐ สำนักงานผู้อำนวยการ


๓๑ ม.ค. ๖๗

ใบอนุญาตของผู้ปกครองให้บุตรหลานได้ฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก

() อนุญาตให้ฉีดวัคซีน

() ไม่อนุญาตให้ฉีดวัคซีน เพราะ

(ระบุ).....

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง

(.....)

เบอร์โทรศัพท์.....

หมายเหตุ...

กรณารอกข้อมูลเพิ่มเติม ของเด็กนักเรียน

ชื่อ.....

ชั้น.....ห้อง.....

เลขบัตรประชาชน.....

วตป.เกิด.....

ที่อยู่.....

เบอร์โทร.....