

หลักเกณฑ์ในการลงทะเบียนรับวัคซีน Sinopharm (ซิโนฟาร์ม)

๑. - ผู้ที่มีอายุ ๑๘-๕๙ ปี
 - เป็นผู้ที่ยังไม่เคยได้รับวัคซีนหรือผู้ลงทะเบียนกับหมอพร้อมแล้วแต่ยังไม่ได้รับวันนัดหมายในการรับวัคซีน
๒. ผู้ลงทะเบียนต้องมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเรียน ก่อนวันลงทะเบียน (หมู่๑-๗ ตำบลเกาะเรียน, หมู่๑-๔ ตำบลบ้านรุน และ หมู่๑,๓,๗ ตำบลคลองสวนพูลู)
๓. สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน (ปรากฏข้อมูลชัดเจน)
๔. เริ่มรับลงทะเบียนตั้งแต่วันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๔ ถึง วันพฤหัสบดีที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔

แบบลงทะเบียน

แสดงความประสงค์รับวัคซีน Sinopharm (ซิโนฟาร์ม) สำหรับผู้มีอายุ ๑๘ - ๕๙ ปี
องค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเรียน อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับผู้ความประสงค์รับวัคซีน Sinopharm (ซิโนฟาร์ม)

ชื่อ - สกุล.....เพศ.....อายุ.....ปี
เลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ เบอร์ติดต่อ.....
น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ชื่อผู้ติดต่อกรณีฉุกเฉิน.....เบอร์ติดต่อ.....

ส่วนที่ ๒ คุณสมบัติของผู้ประสงค์จะฉีดวัคซีน Sinopharm (ซิโนฟาร์ม) กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามความจริง

๑. ข้าพเจ้ามีอายุ ๑๘-๕๙ ปี (ผู้ที่เกิดวันที่ ๔ ก.ค. ๒๕๐๔ - ๔ ก.ค. ๒๕๔๖) ใช่ ไม่ใช่
๒. ข้าพเจ้าไม่เคยได้รับวัคซีนหรือเคยลงทะเบียนกับหมอพร้อมแล้วแต่ยังไม่ได้รับวันนัดหมายในการรับวัคซีน ใช่ ไม่ใช่
๓. ข้าพเจ้ามีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเรียน (หมู่๑-๗ ตำบลเกาะเรียน, หมู่๑-๔ ตำบลบ้านรุน และ หมู่๑,๓,๗ ตำบลคลองสวนพลู) ใช่ ไม่ใช่

ส่วนที่ ๓ หลักฐานที่ใช้ในการแสดงความประสงค์รับวัคซีน Sinopharm (ซิโนฟาร์ม)

๑. สำเนาบัตรประชาชน
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน

ข้าพเจ้าได้รับทราบเงื่อนไขในการแสดงความประสงค์รับวัคซีน Sinopharm (ซิโนฟาร์ม) และขอรับรองตนเองว่า
ไม่เป็นผู้ขาดคุณสมบัติข้างต้น หากมีการตรวจสอบภายหลังพบว่า ข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดสิทธิ์
และยินยอมรับผิดชอบ ต่อการให้ข้อมูลแสดงความประสงค์รับวัคซีน Sinopharm (ซิโนฟาร์ม) กับองค์การบริหารส่วนตำบล
เกาะเรียน ทุกประการ

- ข้าพเจ้าประสงค์รับวัคซีน Sinopharm (ซิโนฟาร์ม)
 ข้าพเจ้าไม่ประสงค์รับวัคซีน Sinopharm (ซิโนฟาร์ม)

ลงชื่อ.....ผู้แสดงความประสงค์/ผู้มีอำนาจกระทำการแทน
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
ตำแหน่ง(สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล/กำนัน/ ผู้ใหญ่บ้าน/ ประธานหมู่บ้าน/ นิติบุคคล)
วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับลงทะเบียน
เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเรียน
วันที่.....

หมายเหตุ :

- ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีน Sinopharm (ซิโนฟาร์ม) ต่อเมื่อองค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเรียน
ได้รับการจัดสรรวัคซีนจาก องค์การบริหารส่วนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา หรือ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ แล้วเท่านั้น
- เริ่มรับลงทะเบียนตั้งแต่วันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๔ ถึง วันพฤหัสบดีที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔