ลงทะเบียนการรับวัคซีน

เทศบาลตำบลเมืองเก่า

ผู้มีสิทธิลงทะเบียน
ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป

ผู้ภูมิลำเนาอยู่ในเขต
เทศบาลตำบลเมืองเก่า

ระหว่างวันที่ 19 - 20 กรกฎาคม 2564
(ตามจุดรับลงทะเบียนภายในหมู่บ้าน)
ตั้งแต่เวลา 09.00 – 16.00 น.
หรือจนกว่าจะครบ 4,000 คน

สถานที่ลงทะเบียนรับการฉีดวัคซีน

ที่	วัน เดือน ปี	เวลา	หมู่บ้าน	สถานที่	หมายเหตุ
1	19/กค/64	09.00 น.	บ้านสะอาด ม.1,2	วัดหัวหินบ้านสะอาด	
2		10.30 น.	บ้านกุดกว้าง ม.3,4,12,16,17	วัดธาตุบ้านกุดกว้าง	
3		13.00 น.	บ้านโนนตุ่น ม.5,15	ศาลาเอนกประสงค์ ม.15	
4		14.00 น.	บ้านดอนบม ม.6,7,10,13	วัดท่าราชไชยศรี	
5	20/กค/64	09.00 น.	บ้านตูมน้อย ม.9	ศาลาเอนกประสงค์ บ้านตูมน้อย	
6		10.30 น.	บ้านการเคหะ ม.14 บ้านเอื้ออาทร ม.7	ศาลาเอนกประสงค์ ม.14	
7		13.00 น.	บ้านฉัตรทอง ม.11	ศาลาเอนกประสงค์ หมู่บ้านพิมานธานี ม.11	
8		14.30 น.	บ้านขามเจริญ ม.8	ศาลาเอนกประสงค์ ม.8	

สอบถามรายละเอียด หมายเลขโทรศัพท์ 043-258101

แบบฟอร์มสำรวจข้อมูลความต้องการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-๑๙

เทศบาลตำบลเมืองเก่า

<u>ข้อมูลส่วนบุคคล</u>

เลขประจำตัวประชาชน.....ตัวอักษรและเลขหลังบัตรประชาชน.....

ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....

เพศ.....หมู่เลือด.....ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....ชุมชน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

(ทำเครื่องหมาย √ ในช่อง ☐)

โรคประจำตัว ☐ มี ระบุ.....

☐ ไม่มี

ประวัติการแพ้ยา ☐ มี ระบุ.....

☐ ไม่มี

ประวัติการลงทะเบียนรับวัคซีน (ทำเครื่องหมาย √ ในช่อง ☐)

☐ ยังไม่เคยลงทะเบียน

☐ เคยลงทะเบียนแล้ว (โปรดระบุ).....

ลงชื่อ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ : แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ใบ

----------โปรดฉีกตามรอยรอยเส้นประ----------

ส่วนที่ ๒ สำหรับผู้รับลงทะเบียน

แบบฟอร์มสำรวจข้อมูลความต้องการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด – ๑๙

เทศบาลตำบลเมืองเก่า

(ชื่อ-นามสกุล).....วันที่ลงทะเบียน.....

ลงชื่อ.....ผู้รับลงทะเบียน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ติดต่อสอบถาม โทร ๐-๔๓๒๕-๘๑๐๑