



แบบฟอร์มสำรวจข้อมูลความต้องการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-๑๙

เทศบาลตำบลเมืองเก่า

ข้อมูลส่วนบุคคล

เลขประจำตัวประชาชน.....ตัวอักษรและเลขหลังบัตรประชาชน.....
ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....
เพศ.....หมู่เลือด.....ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....ชุมชน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....
อาชีพปัจจุบัน.....

(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

.....โปรดฝึกตามรอยรอยเส้นประ.....

ส่วนที่ ๒ สำหรับผู้รับลงทะเบียน

แบบฟอร์มสำรวจข้อมูลความต้องการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด - ๑๙

เทศบาลตำบลเมืองเก่า

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

ลงชื่อ.....ผู้รับลงทะเบียน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....