



มูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย  
โรงเรียนปรินส์รอยแยลส์วิทยาลัย  
THE PRINCE ROYAL'S COLLEGE

ที่ COVID-19/72/2565

26 พฤษภาคม 2565

เรื่อง การฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วงเข็มกระตุ้นขนาดครึ่งโดส สำหรับนักเรียนที่มีอายุ 12 ปีขึ้นไป  
เรียน ผู้ปกครองนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-5 ที่แจ้งความประสงค์ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วงเข็มกระตุ้นขนาดครึ่งโดส  
อ้างถึง หนังสือที่ พร 1150100024/0533/2565 ลงวันที่ 26 เมษายน 2565

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
- |   |              |
|---|--------------|
| 1. เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้บุตรหลานฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง     | (ส่วนที่ 2)  |
| 2. แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน                  | จำนวน 1 ฉบับ |
| 3. รายละเอียดข้อมูลนักเรียนแต่ละระดับชั้นเข้ารับการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง | จำนวน 1 ฉบับ |
| 4. แผนที่ฉีดวัคซีนโควิด 19 ณ โรงพยาบาลแมคคอร์มิค                            | จำนวน 1 ฉบับ |

ตามที่ท่านได้แจ้งความประสงค์ (ยินยอม) ให้บุตรหลานในความดูแลของท่านเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 รายละเอียดตามหนังสือที่อ้างถึงนั้น

ในการนี้ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลแมคคอร์มิคร่วมกับโรงเรียนปรินส์รอยแยลส์วิทยาลัย ขอแจ้งกำหนดการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วงเข็มกระตุ้นขนาดครึ่งโดส ให้แก่นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-5 ในวันพฤหัสบดีที่ 2 มิถุนายน 2565 เวลา 08:00-11:00 น. ณ อาคาร 95 ปี โรงพยาบาลแมคคอร์มิค โดยมีรายละเอียดการเข้ารับการฉีดวัคซีน ดังนี้

#### 1. การดำเนินการของผู้ปกครอง

- 1.1 ทำการ Print เอกสารรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ข้อที่ 1 และข้อที่ 2 พร้อมกรอกรายละเอียดข้อมูลให้เรียบร้อย
- 1.2 ให้นำเอกสารข้างต้น และบัตรประจำตัวประชาชนของนักเรียน แสดงแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในวันที่เข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 ไฟเซอร์ฝาสีม่วงเข็มกระตุ้นขนาดครึ่งโดส
- 1.3 ขอให้ผู้ปกครองนำนักเรียนมารับการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ชนิดฝาสีม่วงเข็มกระตุ้นขนาดครึ่งโดส ที่โรงพยาบาลแมคคอร์มิค โดยหลังจากฉีดวัคซีนแล้วเสร็จนักเรียนจะนั่งพักสังเกตอาการ 10 นาที ณ จุดฉีดวัคซีน
- 1.4 **วันพฤหัสบดีที่ 2 มิถุนายน 2565** ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-5 **หยุดเรียน** เพื่อให้ผู้ปกครองได้นำนักเรียนเข้ารับการฉีดวัคซีน และสังเกตอาการหลังรับวัคซีน

#### 2. ข้อเสนอแนะ

- 2.1 หากบุตร หลานของท่านมีอาการผิดปกติภายหลังได้รับวัคซีน เช่น อาการใจสั่น เจ็บหน้าอก หายใจไม่อึด หอบเหนื่อย ให้นำนักเรียนเข้ารับการตรวจที่สถานพยาบาลใกล้บ้านทันที
- 2.2 กรณีที่นักเรียนป่วยติดเชื้อโควิด 19 ระยะเวลาที่แนะนำให้ฉีดวัคซีนหลังเป็นโควิด 19 คือ 12 สัปดาห์นับจากวันที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยของโรคโควิด 19 หรือกรณีไม่แสดงอาการ นับจากวันที่มีผลตรวจพบเชื้อโควิด 19 ด้วย วิธี RT-PCR หรือ ATK
- 2.3 กรณีที่นักเรียนเป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูงจากมีผู้ใกล้ชิดหรือบุคคลในครอบครัวติดเชื้อโควิด 19 ขอให้แจ้งครูประจำชั้นทราบ เพื่อขอเลื่อนการฉีดวัคซีนไปก่อนจนกว่าจะพ้นระยะกักตัว 5 วัน โดยโรงเรียนฯ จะแจ้งกำหนดการนัดหมายฉีดวัคซีน ให้ทราบเป็นรายบุคคลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอองค์พระผู้เป็นเจ้าได้ทรงโปรดอวยพระพรท่านและครอบครัวตลอดไป

ขอแสดงความนับถือ

(ดร.เกรียง ฐิติจักรวิญพร)

ผู้จัดการ - ผู้อำนวยการ

คณะกรรมการเฉพาะกิจด้านการสื่อสารองค์กร ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

117 ถนนแก้ววรัรุ ตำบลวัดเกต อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50000

117 Kaew Nawarat Rd., Muang, Chiang Mai 50000 Thailand

Tel : (053) 242550, 242038, 242016 Fax : (053) 306415, 306509

E-mail : admin@mail.prc.ac.th Home Page : http://www.prc.ac.th



## เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้นักเรียน/นักศึกษา ที่ประสงค์ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฝ่าสีม่วงเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส

### ส่วนที่ 1 : ข้อควรรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และวัคซีนโควิด 19

โรคโควิด 19 เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งการติดเชื้อในเด็กสามารถมีอาการได้หลากหลายตั้งแต่ไม่มีอาการเลย จนถึงปอดอักเสบรุนแรง หรือเสียชีวิต ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยเด็กติดเชื้อมักมีอาการไม่รุนแรง โดยพบอาการเพียงเล็กน้อย เช่น ไข้ ไอ ปวดกล้ามเนื้อ และมีเพียงร้อยละ 5 ของผู้ป่วยเด็กติดเชื้อที่มีอาการรุนแรงหรือวิกฤติ เช่น ปอดอักเสบรุนแรง ระบบหายใจหรือระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว รวมถึงภาวะอวัยวะหลายระบบในเด็ก ภาวะแทรกซ้อนมักพบในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น เด็กเล็กอายุน้อยกว่า 1 ปี ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต โรคปอดเรื้อรัง หรือภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ในประเทศไทยพบว่าแม้จะมีการติดเชื้อในเด็กอายุน้อยกว่า 18 ปีในสัดส่วนที่สูงขึ้น แต่ผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อโรคโควิด 19 ส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตน้อยมาก

วัคซีนมีประสิทธิภาพในการป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ การฉีดวัคซีนอาจป้องกันโรคแบบไม่รุนแรงหรือไม่มีอาการไม่ได้ ดังนั้นผู้ที่ได้รับวัคซีนจึงยังอาจจะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ จึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการอื่น ๆ ตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด/กรุงเทพมหานคร และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ ลงทะเบียนเมื่อเข้าไปยังสถานที่ เป็นต้น

วัคซีนไฟเซอร์ชนิดฝ่าสีม่วง เป็นวัคซีนชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอ (mRNA vaccine) ของบริษัท ไฟเซอร์ ไบโอเอ็นเทค (Pizer-BioNTech) ซึ่งเป็นวัคซีนที่มีประสิทธิภาพสูง สามารถป้องกันการนอนโรงพยาบาลเนื่องจากป่วยหนักและเสียชีวิตได้ มีข้อบ่งชี้ในการให้วัคซีนในบุคคลอายุ 12 ปีขึ้นไป โดยฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 2 ครั้ง ห่างกัน 3 - 4 สัปดาห์ และสามารถให้วัคซีนไฟเซอร์เป็นเข็มกระตุ้นเข็มที่ 3 โดยมีระยะห่างจากเข็มที่ 2 เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4-6 เดือน ขึ้นไป ซึ่งสามารถให้วัคซีนในปริมาณ 15 ไมโครกรัม/โดส สามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้ใกล้เคียงการได้รับวัคซีนขนาด 30 ไมโครกรัม/โดส แต่อาจมีผลข้างเคียงน้อยกว่าการได้รับวัคซีนขนาด 30 ไมโครกรัม/โดส เป็นเข็มกระตุ้น โดยมีข้อห้ามในการรับวัคซีนไฟเซอร์ ได้แก่ บุคคลที่มีอาการแพ้อย่างรุนแรงในการฉีดวัคซีนเข็มแรก บุคคลที่แพ้วัคซีนและสารที่เป็นส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 12 ปี ผู้ที่มีความเจ็บป่วยเฉียบพลัน และหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์

ผู้ที่มีความประสงค์รับวัคซีนไฟเซอร์ควรมีการเตรียมตัวก่อนรับวัคซีน ได้แก่ ปฏิบัติตัวตามปกติ พักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายตามปกติ ทำจิตใจให้ไม่เครียดหรือวิตกกังวล หากเจ็บป่วยไม่สบายควรเลื่อนการฉีดออกไปก่อน ผู้ที่มีโรคประจำตัวต่าง ๆ สามารถรับวัคซีนได้ รับประทานยาประจำได้ตามปกติ ยกเว้นโรคที่มีความเสี่ยงที่อาจอันตรายถึงชีวิต โรคที่ยังควบคุมไม่ได้ มีอาการกำเริบ หรืออาการยังไม่คงที่ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคทางระบบประสาท เป็นต้น ในผู้ที่ไม่แน่ใจหรืออาการยังไม่คงที่ ควรให้แพทย์ผู้ดูแลเป็นประจําประเมินก่อนฉีด และการมีประจำเดือนไม่เป็นข้อห้ามในการฉีดวัคซีน

จากการศึกษาผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ในเด็กและวัยรุ่น พบว่ามีความปลอดภัยสูง ไม่แตกต่างกับการฉีดในประชากรกลุ่มอายุอื่นๆ โดยผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ เจ็บในตำแหน่งที่ฉีด อ่อนเพลีย ปวดศีรษะหรือมีไข้ มักพบผลข้างเคียงหลังการฉีดวัคซีนเข็มที่สองมากกว่าหลังการฉีดเข็มแรกเล็กน้อย ส่วนมากอาการไม่รุนแรงและหายไปเองใน 1-2 วัน หากพบอาการดังกล่าว แนะนำให้รับประทานยาพาราเซตามอล และควรรอดอกกำลังกายหลังได้รับวัคซีนนาน 1 สัปดาห์ แม้ว่าวัคซีนเหล่านี้จะได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ว่ามีความปลอดภัยและให้ใช้ได้แล้วก็ตาม แต่การฉีดวัคซีนนี้ก็ยังสามารถทำให้เกิดอาการแพ้รุนแรง (anaphylaxis) ซึ่งเป็นปฏิกิริยาภูมิแพ้แบบฉับพลัน โดยมากมักเกิดภายใน 5-30 นาทีหลังจากฉีดวัคซีน อาการแพ้รุนแรงมักมีอาการทั่วร่างกายหรือมีอาการแสดงหลายระบบ เช่น หอบเหนื่อย

แนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฝ่าสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา

สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม

ฉบับวันที่ 12 เมษายน 2564

หลอดเลือดตีบ หมดสติ ความดันโลหิตต่ำ ผื่นลมพิษ ปากบวม หน้าบวม คลื่นไส้ อาเจียน หรืออาจมีความรุนแรงถึงชีวิต จึงจำเป็นต้องสังเกตอาการหลังการฉีดอย่างน้อย 30 นาทีในสถานพยาบาลหรือสถานที่ฉีดวัคซีนเสมอ

จากข้อมูลของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา (US CDC) ณ วันที่ 11 มิถุนายน 2564 พบรายงาน การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ หรือ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบภายหลังการฉีดวัคซีนชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอ ในผู้ที่มีอายุ 12-17 ปี ได้ โดยพบอาการดังกล่าวหลังฉีดเข็มที่สองมากกว่าเข็มที่ 1 และมักพบในเพศชาย (ประมาณ 66.7 รายจากการฉีดวัคซีน 1 ล้านโดส) และเพศหญิง (ประมาณ 9.1 รายจากการฉีดวัคซีน 1 ล้านโดส) โดยอาการที่พบ เช่น การเจ็บหน้าอก หายใจไม่อิ่ม หรือ ใจสั่น อย่างไรก็ตาม จากการติดตามผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ หรือ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบในระยะสั้น พบว่า ส่วนใหญ่สามารถกลับมาใช้ชีวิตเป็นปกติได้ภายหลังการรักษา

หากผู้รับวัคซีนเกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือไม่มั่นใจว่าอาการดังกล่าวเกิดจากวัคซีนหรือไม่ ควรแนะนำให้ผู้ปกครอง/ ผู้รับวัคซีนปรึกษาแพทย์เพิ่มเติม โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงและเกิดขึ้นในช่วง 4 สัปดาห์หลังฉีด วัคซีน และหากฉีดวัคซีนแล้วมีปฏิกิริยาแพ้รุนแรง เช่น มีผื่นทั้งตัว หน้าบวม คอบวม หายใจลำบาก ใจสั่น วิงเวียนหรืออ่อนแรง หรือมีอาการแขนขาอ่อนแรง รวมถึงหากมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจเหนื่อย หรือหายใจไม่อิ่ม ใจสั่น ซึ่งเป็นอาการที่สงสัย ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ/เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ควรรีบไปพบแพทย์ หรือโทร 1669 เพื่อรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

## ส่วนที่ 2 : เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้บุตรหลานฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วงเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส

ข้าพเจ้า ชื่อ - นามสกุล.....หมายเลขโทรศัพท์ (ผู้ปกครอง) .....

ผู้ปกครองของ.....มีความสัมพันธ์เป็น.....

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

หมายเลขโทรศัพท์ (นักเรียน).....

ชื่อ-นามสกุล (นักเรียน)..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....

เลขประจำตัว 13 หลัก/หมายเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างประเทศ)..... สัญชาติ.....

ชื่อสถานศึกษา.....ชั้น/ปี.....ห้อง.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ซักถามรายละเอียดจนเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนไฟเซอร์และอาการไม่พึงประสงค์ของวัคซีนที่ อาจเกิดขึ้น เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

- ข้าพเจ้า  ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วงเข็มกระตุ้น ขนาด 15 ไมโครกรัม/โดส โดยสมัครใจ
- ไม่ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วงเข็มกระตุ้น ขนาด 15 ไมโครกรัม/โดส
- และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้แนบเอกสารนี้แสดงแก่ครูประจำชั้นและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน



แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วงเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส  
สำหรับนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า

คำชี้แจง ให้ผู้ปกครอง กรุณากรอกข้อมูลโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามความจริง เพื่อเจ้าหน้าที่  
จะได้พิจารณาว่า นักเรียน/นักศึกษา สามารถฉีดวัคซีนได้หรือไม่

1	นักเรียนมีอายุไม่ถึง 12 ปีบริบูรณ์ ณ วันที่ฉีด	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
2	นักเรียนไม่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง ครบ 2 เข็ม เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4 – 6 เดือน ขึ้นไป	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
3	นักเรียนเคยมีประวัติแพ้ วัคซีนโควิด 19 หรือส่วนประกอบของวัคซีนโควิด 19 หรือมี ปฏิกิริยาจากการฉีดครั้งก่อนอย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีนโควิด 19 ชนิดอื่นแทน)	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
4	นักเรียนได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ภายใน 3 เดือน	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
5	นักเรียนมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท และโรคอื่น ๆ ที่เพิ่งจะมีอาการกำเริบ ยกเว้น แพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำได้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้ (ผู้ที่มีโรคประจำตัวเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน)	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
6	นักเรียนอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
7	นักเรียนมีความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือเพิ่งออกจากโรงพยาบาลมาไม่เกิน 14 วัน (ยกเว้นแพทย์ให้ความเห็นว่าสามารถรับวัคซีนได้)	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
8	นักเรียนกำลังมีอาการป่วยไม่สบายใด ๆ (ควรรักษาให้หายป่วยก่อน)	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
9	นักเรียนได้รับวัคซีนใด ๆ มาก่อนในช่วง 14 วันหรือไม่	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
10.	นักเรียนมีความกังวลใจมากในการรับวัคซีนโควิด 19 (ขอให้รับคำปรึกษาจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจและคลาย ความกังวลก่อนรับวัคซีนโควิด 19)	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่

หมายเหตุ: หากนักเรียน/นักศึกษาในสถาบันการศึกษาดังกล่าว มีอายุเกิน 18 ปี ให้รับวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง  
เข็มกระตุ้นได้ พร้อมกับนักเรียนร่วมสถาบันการศึกษา

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม  
(.....)  
วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้นำเอกสารนี้แสดงแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน

แนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา

สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม

ฉบับวันที่ 12 เมษายน 2564



รายละเอียดข้อมูลเข้ารับการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฟาสีม่วงเป็นเข็มกระตุ้นขนาดครึ่งโดส  
สำหรับนักเรียน โรงเรียนปรินส์รอยแยลส์วิทยาลัย

วัน/เดือน/ปี	เวลา	ระดับชั้น	จำนวนนักเรียน
วันพฤหัสบดีที่ 2 มิถุนายน 2565	08.00 – 10.00 น.	ม.4	324 คน
	10.00 – 11.00 น.	ม.5	246 คน
			รวม 570 คน

หมายเหตุ : 1. การแต่งกาย : ชุดพลของโรงเรียน

2. ขอความร่วมมือผู้ปกครองนำนักเรียนมาตรงตามเวลาที่กำหนด



..... จุดรับ-ส่ง ผู้มาฉีดวัคซีน Covid-19  
..... จุดจอดรถ

# สถานที่ฉีดวัคซีน Covid-19 สำหรับนักเรียน รร.ปรีณสรอยฯ

