

แบบลงทะเบียนขอรับวัคซีน

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....
ที่อยู่เลขที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ทำงาน ณ (ระบุชื่อสถานประกอบการ).....
ตำแหน่ง.....เบอร์โทรศัพท์.....

โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ไม่มีโรคประจำตัว
- โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง
- โรคหัวใจและหลอดเลือด
- โรคไตวายเรื้อรัง
- โรคหลอดเลือดสมอง
- โรคอ้วน (ค่า BMI ตั้งแต่ ๓๕ ขึ้นไป หรือน้ำหนักตัวตั้งแต่ ๑๐๐ กิโลกรัมขึ้นไป)
- โรคมะเร็ง
- โรคเบาหวาน
- อื่นๆ ระบุ.....

การแพ้ยา

.....
.....

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบการลงทะเบียน

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

ลงชื่อ.....

(.....)