ที่ ปท ๐๐๓๒/ว ๒๑๑๙

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี
๑๔ ถนนรัฐอำนวย ตำบลบางปรอก
อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ๑๒๐๐๐

๒๔ มีนาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอสำรวจรายชื่อบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ประสงค์รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เรียน ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบฟอร์มสำรวจความต้องการรับวัคซีนโควิด-19 (คลินิก) จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย กระทรวงสาธารณสุขได้มีแผนการจัดสรรวัคซีนโควิด-19 ให้กับจังหวัดปทุมธานี ซึ่งคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดปทุมธานี เป็นผู้ดำเนินการบริหารจัดการ จัดเตรียมระบบสารสนเทศให้พร้อมในการบันทึกข้อมูลการให้บริการ การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการฉีดวัคซีนฯ วิเคราะห์ประมวลผล และแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการบริหารจัดการการให้วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งในขณะนี้อยู่ในขั้นตอนการจัดเตรียมระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลให้พร้อมในการให้บริการและบันทึกข้อมูลสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ทั้งภาครัฐและเอกชน

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี จึงขอสำรวจรายชื่อบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในคลินิกของท่านว่าประสงค์จะขอรับวัคซีนโควิด-19 หรือไม่ โดยขอให้ท่านแจ้ง ผ่านระบบ Google form ตาม QR code ข้างล่าง หรือส่งไปรษณีย์กลับมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ **ภายในวันที่ ๙ เมษายน ๒๕๖๔ หากพ้นกำหนดจะถือว่าบุคลากรในคลินิกไม่ประสงค์รับวัคซีนโควิด-19** ทั้งนี้ รายชื่อผู้ที่ประสงค์ขอรับวัคซีนทั้งหมดและรายชื่อหน่วยบริการที่ฉีดวัคซีนโควิด-19 จะผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดปทุมธานี เพื่อวางแผนการดำเนินงาน ทั้งในส่วนรอบการให้บริการแก่ผู้ประสงค์ขอรับ และกำหนดรายชื่อหน่วยบริการให้สอดคล้องต่อการดำเนินงานทั้งจังหวัดปทุมธานีต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุรินทร์ สืบซึ้ง)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
โทร ๐๒-๕๘๑๖๔๕๔ ต่อ ๓๑๑, ๔๐๕
โทรสาร ๐๒-๕๙๓๓๕๑๔
หมายเหตุ : ขอให้ท่านแจ้งความประสงค์ช่องทางใดช่องทางหนึ่งเท่านั้น

https://forms.gle/TSeqZQQjQh8eXbcf6

แบบสำรวจความต้องการรับวัคซีนโควิด-19 ภาคเอกชน (คลินิก) ในจังหวัดปทุมธานี

(กรณีส่งทางไปรษณีย์)

วันที่.....

ให้ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลแจ้งรายชื่อและหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในคลินิกที่ประสงค์รับวัคซีนทุกคน

ชื่อและที่ตั้งคลินิก (ตามใบอนุญาต) .....

ที่	ชื่อ – สกุล	วันเดือนปี เกิด	อายุ	เลขบัตรประจำตัวประชาชน	เบอร์โทรศัพท์	ตำแหน่ง*	เลขใบประกอบวิชาชีพ	ลายมือชื่อผู้ขอรับวัคซีน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ ..... ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

(.....)

หมายเหตุ * ตำแหน่งให้เลือกข้อใดข้อหนึ่ง และระบุตัวเลขต่อไปนี้

๑ – แพทย์

๒ – ทันตแพทย์

๓ – เภสัชกร

๔ – เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในคลินิก

๕ – เจ้าหน้าที่ทำความสะอาดคลินิก