



ที่ ปท ๐๐๓๒/ว ๒๑๒๐

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี
๑๔ ถนนรัฐอำนวย ตำบลบางปรอก
อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ๑๒๐๐๐

๒๔ มีนาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอสำรวจรายชื่อบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ประสงค์รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เรียน ผู้รับอนุญาตขายยา ทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบฟอร์มสำรวจความต้องการรับวัคซีนโควิด-19 (ร้านยา) จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย กระทรวงสาธารณสุขได้มีแผนการจัดสรรวัคซีนโควิด-19 ให้กับจังหวัดปทุมธานี ซึ่งคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดปทุมธานี เป็นผู้ดำเนินการบริหารจัดการ จัดเตรียมระบบสารสนเทศให้พร้อมในการบันทึกข้อมูลการให้บริการ การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการฉีดวัคซีนฯ วิเคราะห์ประมวผล และแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการบริหารจัดการการให้วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งในขณะนี้อยู่ในขั้นตอนการจัดเตรียมระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลให้พร้อมในการให้บริการ และบันทึกข้อมูลสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ทั้งภาครัฐและเอกชน

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

จึงเรียนมาเพื่อดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุรินทร์ สิบซัง)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

โทร ๐๒-๕๘๑๖๔๕๔ ต่อ ๓๑๑, ๔๐๕

โทรสาร ๐๒-๕๙๓๓๕๑๔

หมายเหตุ : ขอให้ท่านแจ้งความประสงค์ช่องทางใดช่องทางหนึ่งเท่านั้น



<https://forms.gle/Ty4Yz8pniJx2VbBv5>

แบบสำรวจความต้องการการรับวัคซีนโควิด-19 ภาคเอกชน (ร้านยา) ในจังหวัดปทุมธานี
(กรณีส่งทางไปรษณีย์)

วันที่.....

ให้ผู้รับอนุญาตขายยาแจ้งรายชื่อและหน้าชื่อของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่ประสงค์รับวัคซีนทุกคน
ชื่อและที่ตั้งร้านยา (ตามใบอนุญาต).....

ที่	ชื่อ - สกุล	วันเดือนปีเกิด	อายุ	เลขบัตรประจำตัวประชาชน	เบอร์โทรศัพท์	ตำแหน่ง*	เลขใบประกอบวิชาชีพ	ลายมือชื่อผู้ขอรับวัคซีน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวเป็นจริงทุกประการ
 ลงชื่อ ผู้รับอนุญาตขายยา
 (.....)
 หมายเลข * ตำแหน่งให้เลือกข้อใดข้อหนึ่ง และระบุตัวเลขต่อไปนี้ ๑ หมายถึง เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในร้านยา