

แบบตอบรับเข้ารับบริการฉีดวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก

(ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการฉีดวัคซีน)

ฉีดวัคซีนวันศุกร์ที่ 25 ตุลาคม 2562 เวลา 09.00 น. – 11.00 น.

ณ แผนกงานพยาบาลและการประกันสุขภาพ อาคาร 6 ชั้น 1

\*\*\*\*\*

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี

สังกัดหน่วยงาน.....หมายเลขโทรศัพท์.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ตามบัตรประชาชน.....

.....

.....

.....

โรคประจำตัว.....ประวัติแพ้ยา.....

ท่านเคยฉีดวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก  เคย โปรดระบุวันเดือนปีที่ฉีด.....  ไม่เคย

หมายเหตุ

1. กรุณาส่งแบบตอบรับเข้ารับบริการฉีดวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก ที่แผนกงานพยาบาลและการประกันสุขภาพ อาคาร 6 ชั้น 1 (อาคารตรงข้าม อาคาร35 สำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน) หรือ E-mail : [dosd\\_rmuti@hotmail.com](mailto:dosd_rmuti@hotmail.com) ภายในวันที่ 15 ตุลาคม 2562 เพื่อดำเนินการแจ้งยอด ผู้ประสงค์จะฉีดวัคซีนกับคลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัยต่อไป
2. สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่แผนกงานพยาบาลและการประกันสุขภาพ กองพัฒนานักศึกษา โทร. 044-233000 ต่อ 2390, 2392

