



# ด่วนที่สุด บันทึกข้อความ

ฝ่ายการศึกษา
สำนักงานเขตลาดกระบัง
วันที่ ๓๐/๓/๒๕๖๕
เวลา ๑๓.๓๐

ส่วนราชการ สำนักงานการศึกษา(กองเสริมสร้างสมรรถนะนักเรียน โทร/โทรสาร ๐ ๒๔๓๗ ๖๖๓๑-๕ ต่อ ๓๔๒๗)

ที่ กท.๐๕๐๘/๓๕๒๑ วันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๕

เรื่อง สำรองจำนวนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๑ - ๖ ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ ๒ เข็ม  
และมีความประสงค์รับวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้นขนาดครึ่งโดส

เรียน ผู้อำนวยการเขตลาดกระบัง

ด้วยสำนักอนามัยมีหนังสือ ด่วนที่สุด ที่ กท ๐๗๐๘/๘๓๗ ลงวันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๕ เรื่อง  
ขอสำรองจำนวนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๑ - ๖ ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ ๒ เข็ม และ  
มีความประสงค์รับวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้นขนาดครึ่งโดส นั้น

สำนักงานการศึกษาพิจารณาแล้ว เพื่อให้นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๑ - ๖ ที่มีประวัติ  
การได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ ๒ เข็ม เป็นระยะเวลาตั้งแต่ ๔ - ๖ เดือน ขึ้นไป และมีความประสงค์รับวัคซีนไฟเซอร์  
ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้นขนาดครึ่งโดส จึงขอความร่วมมือสำนักงานเขตแจ้งโรงเรียนในสังกัดสำรองนักเรียน  
ที่มีความประสงค์รับวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้นขนาดครึ่งโดส โดยให้สำนักงานเขตส่งแบบสรุป  
จำนวนนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๑ - ๖ ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ ๒ เข็ม และ  
มีความประสงค์รับวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง ในรูปแบบไฟล์ Excel ให้สำนักงานการศึกษาทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์  
student.edubkk@gmail.com ภายในวันศุกร์ที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๖๕ ก่อนเวลา ๑๖.๐๐ น. เพื่อรวบรวมส่ง  
สำนักอนามัยในการบริหารจัดการวัคซีนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

ช.น. อ.น.  
(นางชุลีพร วงษ์พิพัฒน์)  
รองผู้อำนวยการสำนักงานการศึกษา  
ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการสำนักงานการศึกษา

คุณพิมพ์นันทน์



(นายชราโมทย์ สือป)  
นักวิชาการศึกษาชำนาญการพิเศษ  
หัวหน้าฝ่ายการศึกษา สำนักงานเขตลาดกระบัง

แบบฟอร์มสำรองจำนวนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๑ - ๖  
ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ ๒ เข็ม  
เป็นระยะเวลาตั้งแต่ ๔ - ๖ เดือน ขึ้นไปที่มีความประสงค์รับวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง

ส่ง

ที่ กท. ๕๓๐๖/๕๓๐๖  
เรียน ผู้อำนวยการสถานศึกษาโรงเรียน.....

- สำเนาเพื่อไปราชการ
- และดำเนินการในกรณีที่ไม่ควรต้องต่อไป
- ส่งข้อมูลให้ฝ่ายการศึกษาทราบ
- ภายในวันที่.....



(นายปราโมทย์ สีรูป)  
นักวิชาการศึกษานำงานพิเศษ  
หัวหน้าฝ่ายการศึกษา สำนักงานเขตลาดกระบัง



# ด่วนที่สุด บันทึกข้อความ

สำนักงานเลขาธิการสำนักงานการศึกษา  
 กรุงเทพมหานคร  
 รับที่... ๕๓๕๓๓  
 วันที่ ๑๘ พ.ค. ๒๕๖๕ ๑๖๐๐ น.

ส่วนราชการ สำนักงานมัธยมศึกษา (กองควบคุมโรคติดต่อ โทร./โทรสาร ๐ ๒๒๐๓ ๒๘๘๗ - ๙)

ที่ กท.๐๗๐๘/๕๓๓๓ วันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอสำรวจจำนวนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๑ - ๖ ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ ๒ เข็ม และมีความประสงค์รับวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้นขนาดครึ่งโดส

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานการศึกษา

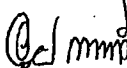
ตามที่ประชุมผู้บริหารสำนักงานการศึกษา และหัวหน้าฝ่ายการศึกษา สำนักงานเขต ครั้งที่ ๗/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕ ได้พิจารณาแนวทางการให้บริการฉีดวัคซีนไฟเซอร์เข็มกระตุ้น สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๑ - ๖ ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ ๒ เข็ม มีมติให้สำนักงานการศึกษาสำรวจและรวบรวมจำนวนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๑ - ๖ ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ ๒ เข็ม เป็นระยะเวลาตั้งแต่ ๔ - ๖ เดือน ขึ้นไป ที่มีความประสงค์รับวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้นขนาดครึ่งโดส ส่งให้สำนักอนามัย ภายในวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕ เพื่อให้สำนักอนามัยจัดรูปแบบการให้บริการ ให้เหมาะสมกับจำนวนนักเรียนฯ นั้น

สำนักอนามัยในฐานะอนุกรรมการและเลขานุการร่วมการบริหารจัดการการให้วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กรุงเทพมหานคร จึงขอความร่วมมือสำนักงานการศึกษา สำรวจและรวบรวมจำนวนนักเรียนดังกล่าวจากโรงเรียนทุกแห่ง ตามแบบสรุปจำนวนนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๑ - ๖ หรือเทียบเท่า ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ ๒ เข็มฯ และโปรดตอบกลับข้อมูลไปยังสำนักอนามัย ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ vaccinecovid19.bma@gmail.com ภายในวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕ ทั้งนี้ สามารถ Download แบบฟอร์ม ได้ทาง QR code ท้ายหนังสือฉบับนี้ โดยมอบหมายนางสาวพิมพ์พิศา ดีข้า นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. ๐๖ ๓๖๕๔ ๙๔๑๙ เป็นผู้ประสานงาน


จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานการศึกษา

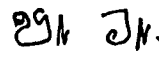
- เพื่อโปรดทราบ
- เห็นความชอบ... ดำเนินการต่อไป

  
 (นางสาวเอออน เทพสวัสดิ์)  
 หัวหน้าฝ่ายการเจ้าหน้าที่  
 วิชาการในตำแหน่งเลขานุการสำนักงานการศึกษา  
 สำนักงานเลขาธิการ สำนักงานการศึกษา

๑๘ พ.ค. ๒๕๖๕

  
 (นางปานฤดี มโนมัยพิบูลย์)  
 ผู้อำนวยการสำนักอนามัย  
 อนุกรรมการและเลขานุการร่วมการบริหารจัดการ  
 การให้วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019  
 (COVID-19) กรุงเทพมหานคร

ทราบ  
 ดำเนินการตามเสนอ

  
 (นางชุลีพร วงษ์พิพัฒน์)  
 รองผู้อำนวยการสำนักงานการศึกษา  
 ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการสำนักงานการศึกษา

๑๘ พ.ค. ๒๕๖๕

แบบสรุปลักษณะนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม

เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4 - 6 เดือนขึ้นไป ที่มีความประสงค์รับวัคซีนไฟเซอร์ฝ่าสี่ม่วง

สำนักงานเขต.....

ที่	โรงเรียน	จำนวนนักเรียนทั้งหมด (คน)	ความประสงค์รับวัคซีน (คน)												
			มัธยมศึกษาปีที่ 1		มัธยมศึกษาปีที่ 2		มัธยมศึกษาปีที่ 3		มัธยมศึกษาปีที่ 4		มัธยมศึกษาปีที่ 5		มัธยมศึกษาปีที่ 6		
			รับ	ไม่รับ	รับ	ไม่รับ	รับ	ไม่รับ	รับ	ไม่รับ	รับ	ไม่รับ	รับ	ไม่รับ	
รวมจำนวนนักเรียนทั้งหมด															

หมายเหตุ : 1. โปรดส่งเอกสารมาทาง E-mail : student.edubkk@gmail.com ภายในวันที่ 27 พฤษภาคม 2565 ก่อนเวลา 16.00 น.

สำหรับโรงเรียน

แบบสรุปจำนวนนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม

เป็นระยะเวลาตั้งแต่ ๔ - ๖ เดือนขึ้นไป ที่มีความประสงค์รับวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง

โรงเรียน ..... สำนักงานเขต .....

ลำดับ	ระดับชั้น	จำนวนนักเรียนทั้งหมด (คน)	ความประสงค์รับวัคซีน (คน)		หมายเหตุ
			รับ	ไม่รับ	
1	มัธยมศึกษาปีที่ 1				
2	มัธยมศึกษาปีที่ 2				
3	มัธยมศึกษาปีที่ 3				
4	มัธยมศึกษาปีที่ 4				
5	มัธยมศึกษาปีที่ 5				
6	มัธยมศึกษาปีที่ 6				
รวม					

หมายเหตุ : โปรดส่งเอกสารมาทาง E-mail : student.edubkk@gmail.com

ภายในวันที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๖๕ ก่อนเวลา ๑๖.๐๐ น.

แบบสำรวจการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา  
 สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4 - 6 เดือน ขึ้นไป

ชื่อโรงเรียน..... ชั้น..... ห้อง.....

สังกัด..... จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้อาจารย์ประจำชั้นสำรวจข้อมูลการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา  
 สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4 - 6 เดือน ขึ้นไป แต่ละห้องเรียน

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	หมายเลขบัตรประชาชน/ หมายเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างชาติ)	วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ (ปี)	ความประสงค์รับ วัคซีน		หมายเหตุ
					รับ	ไม่รับ	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
		รวม					

หมายเหตุ : 1. ความประสงค์การได้รับวัคซีนพิจารณาจากเอกสารแสดงความประสงค์การฉีดวัคซีนจากผู้ปกครอง  
 2. ขอให้เก็บเอกสารฉบับนี้ไว้ ณ สถานศึกษา

เอกสารฉบับวันที่ 12 เมษายน 2565