



ที่ อท ๐๐๑๗.๓/๗๕๐

ถึง ส่วนราชการ หน่วยงานรัฐวิสาหกิจ อำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และวิทยาลัย/โรงเรียนฯ

ตามที่จังหวัดอ่างทองได้จัดประชุมคณะกรรมการจังหวัด หัวหน้าส่วนราชการ หัวหน้าหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ นายอำเภอ นายกองจัดการบริหารส่วนจังหวัด นายกเทศมนตรี ผู้อำนวยการวิทยาลัย/โรงเรียนฯ ครั้งที่ ๕/๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๕๘ ณ ห้องประชุมวิเศษชัยชาญ ชั้น ๒ ศาลากลางจังหวัดอ่างทอง โดยที่ประชุมได้แจ้งเรื่องการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ C และไข้หวัดประจําฤดูกาล ให้แก่หัวหน้าหน่วยงานของจังหวัดอ่างทอง โดยไม่เสียค่าบริการ ที่โรงพยาบาลอ่างทอง ระหว่างวันที่ ๒ - ๑๒ พฤษภาคม ๒๕๕๘ แต่ปรากฏว่าขณะนี้ยังไม่มีท่านใดไปแจ้งความประสงค์ขอรับการฉีดวัคซีนดังกล่าว นั้น

สำนักงานจังหวัดอ่างทอง จึงขอให้ท่านแจ้งความประสงค์ โดยกรอกรายละเอียดตามแบบที่แนบ หากผู้บริหารท่านใดมีความประสงค์จะรับการฉีดวัคซีนแต่ยังไม่มียบัตรผู้ป่วยของทางโรงพยาบาลอ่างทองขอให้กรอกรายละเอียดตามคำขอมียบัตรใหม่ที่ส่งมาพร้อมนี้และแนบเอกสารประกอบตามท้ายใบคำขอ ทั้งนี้สามารถประสานงานได้ที่นางรุ่งทิวา กระจายกลิ่น โทรศัพท์มือถือ ๐๘-๔๓๘๗-๘๙๖๐ พร้อมทั้งจัดส่งข้อมูลดังกล่าวให้ส่วนอำนวยการ สำนักงานจังหวัดอ่างทอง ภายในวันศุกร์ที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๕๘ สำหรับวัน เวลา และสถานที่ในการให้บริการจะแจ้งให้ทราบอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไป



สำนักงานจังหวัดอ่างทอง  
กลุ่มงานอำนวยการ  
โทร/โทรสาร ๐-๓๕๖๑-๑๒๓๕

**แบบแจ้งความประสงค์**  
**การฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ C และไข้หวัดประจำฤดูกาล**

1. แจ้งความประสงค์
- มีความประสงค์  ไม่มีความประสงค์
2. มีบัตรผู้ป่วยของโรงพยาบาลอ่างทอง หรือไม่
- มี  ไม่มี
3. รายชื่อผู้บริหารของหน่วยงาน (ถึงระดับกลุ่มงาน)

หน่วยงาน .....

1. ชื่อ - นามสกุล.....  
ตำแหน่ง.....  
เบอร์โทรมือถือ.....
2. ชื่อ - นามสกุล.....  
ตำแหน่ง.....  
เบอร์โทรมือถือ.....
3. ชื่อ - นามสกุล.....  
ตำแหน่ง.....  
เบอร์โทรมือถือ.....
4. ชื่อ - นามสกุล.....  
ตำแหน่ง.....  
เบอร์โทรมือถือ.....
5. ชื่อ - นามสกุล.....  
ตำแหน่ง.....  
เบอร์โทรมือถือ.....
6. ชื่อ - นามสกุล.....  
ตำแหน่ง.....  
เบอร์โทรมือถือ.....

หมายเหตุ : 1. สอบถามเพื่อเป็นข้อมูลจัดส่งให้ทางโรงพยาบาลอ่างทอง สำหรับท่านที่ยังไม่มีบัตรของทางโรงพยาบาล  
ขอให้กรอกแบบฟอร์ม พร้อมแนบเอกสารประกอบตามท้าย ส่งรายละเอียดข้อมูลมายังส่วนอำนวยการ  
สำนักงานจังหวัดอ่างทอง (นางรุ่งทิภา กระจายกลิ่น 08-4387-8960) ภายในวันศุกร์ที่ 5 มิถุนายน 2558  
2. วัน เวลา สถานที่ในการให้บริการจะแจ้งให้ทราบอีกครั้งหนึ่ง

# ใบคำขอมีประวัติบัตรใหม่

วันที่.....

ชื่อ (นาย/นาง/น.ส./ด.ช./ด.ญ./สามเณร/พระภิกษุ/อื่น ๆ.....).....นามสกุล.....

เลขที่บัตรประชาชน.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....กรุปเลือด.....

สถานภาพ  โสด  คู่  ม่าย  หย่า  ร้าง  สมณะ อาชีพ.....

ชื่อบิดา.....ชื่อมารดา.....สามี/ภรรยา.....

ชื่อญาติที่ติดต่ได้.....เกี่ยวข้องเป็น.....โทรศัพท์.....

ที่อยู่ญาติ.....

สิทธิการรักษา  เบิกราชการ  เบิก อ.บ.ต.  เบิกรัฐวิสาหกิจ

เบิกบริษัท  บัตรทอง  ประกันสังคม  สิทธิอื่น (ระบุ).....

ประวัติการแพ้ยา [ ] ไม่แพ้ [ ] แพ้ยา.....อาการที่มาตรวจ.....

ลงชื่อผู้กรอกประวัติ / ผู้ให้ประวัติ.....ลงชื่อเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล.....

## เอกสารประกอบการทำบัตรใหม่

- 1) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / ใบสูติบัตร
- 2) ใบคำขอมีประวัติผู้ป่วยใหม่
- 3) ใบส่งตัว (ถ้ามี)

# ใบคำขอมีประวัติบัตรใหม่

วันที่.....

ชื่อ (นาย/นาง/น.ส./ด.ช./ด.ญ./สามเณร/พระภิกษุ/อื่น ๆ.....).....นามสกุล.....

เลขที่บัตรประชาชน.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....กรุปเลือด.....

สถานภาพ  โสด  คู่  ม่าย  หย่า  ร้าง  สมณะ อาชีพ.....

ชื่อบิดา.....ชื่อมารดา.....สามี/ภรรยา.....

ชื่อญาติที่ติดต่ได้.....เกี่ยวข้องเป็น.....โทรศัพท์.....

ที่อยู่ญาติ.....

สิทธิการรักษา  เบิกราชการ  เบิก อ.บ.ต.  เบิกรัฐวิสาหกิจ

เบิกบริษัท  บัตรทอง  ประกันสังคม  สิทธิอื่น (ระบุ).....

ประวัติการแพ้ยา [ ] ไม่แพ้ [ ] แพ้ยา.....อาการที่มาตรวจ.....

ลงชื่อผู้กรอกประวัติ / ผู้ให้ประวัติ.....ลงชื่อเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล.....

## เอกสารประกอบการทำบัตรใหม่

- 1) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / ใบสูติบัตร
- 2) ใบคำขอมีประวัติผู้ป่วยใหม่
- 3) ใบส่งตัว (ถ้ามี)