

## SCRIPT

### สโปตเชิญชวนประชาชนรับบริการฉีดวัคซีน โควิด-19

\*\*\*\*\*

☞ จังหวัดตรังขอเชิญพี่น้องชาวตรังทุกท่าน เข้ารับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 เพื่อป้องกันตัวท่านและบุคคลในครอบครัว

☞ โดยในกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) และบุคคลที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง 7 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวานโรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวายเรื้อรังโรคมะเร็ง และโรคอ้วนสามารถลงทะเบียนและจองคิวรับบริการฉีดวัคซีน ได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป (1 พฤษภาคม 2564) ผ่านช่องทางไลน์หมอพร้อมแอปพลิเคชัน หมอพร้อมหรือติดต่อโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใกล้บ้านโดยจะเริ่มให้บริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับ ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) และบุคคลที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง 7 กลุ่มโรค ตั้งแต่วันที่ 7 มิถุนายน 2564 เป็นต้นไป

☞ สำหรับกลุ่มประชาชนทั่วไป (อายุ 18-59 ปี)สามารถลงทะเบียนและจองคิวรับบริการฉีดวัคซีนได้ตั้งแต่ วันที่1 กรกฎาคม 2564 เป็นต้นไป

☞ ท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่เบอร์โทรศัพท์02-792 2333 ,075-290901 075-290902

☞ การฉีดวัคซีนโควิด-19 จะช่วยป้องกันการติดเชื้อ ป้องกันความรุนแรงของโรค ร่วมสร้างภูมิคุ้มกันให้ชาวตรังห่างไกลโควิด - 19 โดยการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโดยพร้อมเพรียงกันแล้วเราจะก้าวผ่านวิกฤตินี้ไปด้วยกัน

ด้วยความปรารถนาดี จากจังหวัดตรัง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ...

ใบสมัครจิตอาสาทางการแพทย์สนับสนุนของโรงพยาบาลสนาม

ภาพถ่าย  
(ใบหน้าตรง  
ไม่สวมแว่น)  
ขนาด ๓ x ๔  
ซม.  
(๑ ภาพ)

๑. ข้อมูลส่วนตัว

(ยศ) ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย) ..... เพศ  ชาย  
เลขประจำตัวประชาชน (๑๓ หลัก) .....  หญิง  
วัน เดือน ปี เกิด ..... อายุ..... ปี น้ำหนัก.....กก. สูง.....ซม.  
ศาสนา ..... กลุ่มเลือด ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....  
E-mail ..... ID Line ..... อื่นๆ .....

๒. ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อได้) เลขที่..... ซอย..... ถนน.....  
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
หมายเลขโทรศัพท์.....

๓. ระดับการศึกษา (สูงสุด)

ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย  สูงกว่าปริญญาตรี  
 มัธยมศึกษาตอนปลาย  อื่นๆ(ระบุ) .....  
 ปริญญาตรี

๔. ผู้ที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน (ชื่อ-เบอร์โทรศัพท์) .....  
ความสัมพันธ์.....

๕. ประวัติสุขภาพ โรคประจำตัว..... แพ้ยา .....  
การรับวัคซีนป้องกัน COVID-19  ได้รับแล้ว  
 ได้รับแล้ว แต่ยังไม่ครบจำนวนที่กำหนด  
 ยังไม่ได้รับ

๖. ประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณสุข/การแพทย์

มี (โปรดระบุ) ด้าน..... เป็นระยะเวลา.....ปี  
(\*เช่น ด้านแพทย์ พยาบาล เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ ฯลฯ)  
 ไม่มี

๗. ประวัติด้านจิตอาสาพระราชทาน

ลงทะเบียนจิตอาสาพระราชทานแล้ว  ยังไม่ลงทะเบียนฯ  
 ผ่านการอบรมจิตอาสาภัยพิบัติ  ยังไม่ผ่านการอบรมฯ

๘. ความสามารถพิเศษ

.....  
.....

๙. ข้อมูลสำหรับการปฏิบัติงานจิตอาสา

ช่วงเวลาที่สามารถปฏิบัติงาน

วัน  จ.  อ.  พ  พ.  ศ.  ส.  อา.

เวลา  ในเวลาราชการ (๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.)  นอกเวลาราชการ (๑๖.๓๐-๐๘.๓๐ น.)

โรงพยาบาลสนามที่สามารถปฏิบัติงาน (ระบุ) .....