

ตัวอักษร

อ.เมือง จ.ลำปาง ๕๒๑๐๐

immer
2. oder 3. / 4. w.
anhalten.

ඇලෙභ්



อาชีวศึกษาจังหวัดลำปาง	
เลขรับ	๕๖๘ / ๖๙
วันที่	๑๗ ก.ย. ๒๕๖๔
เวลา	๐๘.๑๐ น.

ที่ ศธ ๐๒๑๐๗/ว ๒๒๐๘

สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดลำปาง
๑๓๑ ถนนพระบาท ตำบลพระบาท
อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ๕๒๐๐๐

๑๕ กันยายน ๒๕๖๔

เรื่อง สำรองการฉีดวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน นักศึกษา

เรียน บัญชีรายชื่อแนบ

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. แบบสำรวจการฉีดวัคซีนฯ (แบบ ๑)	จำนวน	๑	ฉบับ
	๒. แบบสรุปจำนวนฯ (แบบ ๒)	จำนวน	๑	ฉบับ
	๓. แบบสรุปจำนวนฯ รายอำเภอ (แบบ ๓)	จำนวน	๑	ฉบับ

เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ในปัจจุบันได้ส่งผลกระทบต่อในวงกว้างอย่างรวดเร็ว ซึ่งกระทรวงศึกษาธิการมีความห่วงใยความปลอดภัยทางสุขภาพของนักเรียน นักศึกษา ครู และบุคลากรทางการศึกษา โดยกระทรวงศึกษาธิการ ได้ "เตรียมความพร้อมเปิดภาคเรียนที่ ๒/๒๕๖๔ สถานศึกษาปลอดภัย เด็กได้รับวัคซีนถ้วนหน้า" กำหนดแนวทาง Time line การฉีดวัคซีน Pfizer ให้แก่นักเรียน นักศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ได้ประชุมผู้บริหารในวันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๖๔ เพื่อมอบนโยบายให้แก่สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดได้ดำเนินการตามแนวทางการให้บริการ วัคซีนโควิด 19 (Pfizer) และร่วมรับชมรายการ "พอเช้า ชาว สพฐ. รายการพิเศษ" ในวันพุธที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๔ ในประเด็น "ชี้แจง ทำความเข้าใจ การฉีดวัคซีนและการทำความเข้าใจกับผู้ปกครอง" นั้น

เพื่อให้การเตรียมการฉีดวัคซีนฯ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดลำปาง จึงขอความร่วมมือหน่วยงานท่านสำรวจข้อมูลตามแบบสำรวจ ดังสิ่งที่ส่งมาด้วย โดยส่งข้อมูลในรูปแบบไฟล์ Excel มายังสำนักงานศึกษาธิการจังหวัดลำปาง E-mail : jindasuwat@gmail.com หรือทางกลุ่มไลน์ตาม QR CODE แนบท้ายนี้ ภายในวันที่ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๔ เพื่อนำข้อมูลส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางต่อไป

เรียน ประธาน อศจ. ลป.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการตามแบบ ประธาน อศจ.ลำปาง

- ท่าน ดร. ธีรศักดิ์ ติ่ง
ในสังกัด

ขอแสดงความนับถือ

- เห็นควร.....
๑๗.๙/๖

เพื่อโปรด ☒ ทราบ

☐ พิจารณา

(นายบรรพ์ ไสแจ่ม)

ศึกษาธิการจังหวัดลำปาง

(นายสุวิทย์ ปุพโก)

เลขานุการ อศจ.ลำปาง

๑๗.๙/๖ ๒๕๖๔



ไลน์กลุ่มงานวัคซีนนักเรียน สิ่งส่งมาด้วย

กลุ่มพัฒนาการศึกษา

โทร. ๐ ๕๔๘๒ ๑๕๐๑ - ๒, ๐๕ ๕๔๘๖ ๕๔๒๘

โทรสาร ๐ ๕๔๘๒ ๑๕๐๓

☒ ทราบ..... ☐ อนุญาต.....
☐ แจ้ง..... ☐ ตามมติ.....
☒ มอบ.เลขาฯ..... ☐ มอบ.เลขานุการ.....

(นายอำนาจ เรือนสูง)

ประธาน อศจ.ลำปาง

๑๗.๙/๖ ๒๕๖๔

บัญชีรายชื่อแนบ

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาลำปาง เขต ๑

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาลำปาง เขต ๒

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาลำปาง เขต ๓

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่ศึกษามัธยมศึกษาลำปาง ลำพูน

ประธานกรรมการอาชีวศึกษาจังหวัดลำปาง

ประธานคณะกรรมการประสานและส่งเสริมการศึกษาเอกชนจังหวัดลำปาง

ผู้อำนวยการสถานศึกษาเอกชนในระบบ (ที่เปิดสอนระดับมัธยมศึกษาทุกแห่งในจังหวัดลำปาง)

ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดลำปาง

ท้องถิ่นจังหวัดลำปาง (โรงเรียนสังกัดองค์กรปกครองท้องถิ่นที่เปิดสอนระดับมัธยมศึกษาทุกโรงเรียน)

ผู้อำนวยการสำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดลำปาง

ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดลำปาง

ผู้อำนวยการโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์จิตตอารี ในพระอุปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

ผู้อำนวยการโรงเรียนกีฬาจังหวัดลำปาง

ผู้อำนวยการศูนย์การเรียนรู้ปัญญาวิวัฒน์ลำปาง

แบบสำรวจการฉีดวัคซีน Pfizer ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า

ชื่อโรงเรียน.....อำเภอ.....

ระดับชั้น..... ห้อง..... สังกัด.....จังหวัดลำปาง

คำชี้แจง ขอให้ครูประจำชั้น สํารวจข้อมูลการฉีดวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	เลขประจำตัว ประชาชน 13 หลัก	วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ (ปี)	ความประสงค์รับวัคซีน		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. หากนักเรียนในสถาบันการศึกษาดังกล่าว มีอายุเกิน 18 ปี ให้รับวัคซีน Pfizer ได้โดยอัตโนมัติ

แบบสรุปจำนวนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า ที่มีความประสงค์รับวัคซีน Pfizer

ชื่อโรงเรียน.....อำเภอ.....สังกัด..... จังหวัดลำปาง

คำชี้แจง ขอให้โรงเรียนสรุปจำนวนนักเรียนทั้งหมดที่ประสงค์รับวัคซีนของสถานศึกษา

ลำดับที่	ระดับชั้น	จำนวนนักเรียน (คน)		หมายเหตุ
		ทั้งหมด	ประสงค์รับวัคซีน	
1	ประถมศึกษา (อายุเกิน 12 ปี)			
2	มัธยมศึกษาปีที่ 1			
3	มัธยมศึกษาปีที่ 2			
4	มัธยมศึกษาปีที่ 3			
5	มัธยมศึกษาปีที่ 4			
6	มัธยมศึกษาปีที่ 5			
7	มัธยมศึกษาปีที่ 6			
รวม				

หมายเหตุ : สถานศึกษารวบรวมจำนวนนักเรียนส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

เพื่อบริหารจัดการวัคซีนและสถานพยาบาลต่อไป

แบบสรุปจำนวนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า ที่มีความประสงค์รับวัคซีน Pfizer

ชื่อโรงเรียน.....อำเภอ.....สังกัด..... จังหวัดลำปาง

คำชี้แจง ขอให้โรงเรียนสรุปจำนวนนักเรียนทั้งหมดที่ประสงค์รับวัคซีนของสถานศึกษา

ลำดับที่	ระดับชั้น	จำนวนนักเรียน (คน)		หมายเหตุ
		ทั้งหมด	ประสงค์รับวัคซีน	
1	ระดับ ปวช.1			
2	ระดับ ปวช.2			
3	ระดับ ปวช.3			
4	ระดับ ปวส.1			
5	ระดับ ปวส.2			
รวม				

หมายเหตุ : สถานศึกษารวบรวมจำนวนนักเรียนส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

เพื่อบริหารจัดการวัคซีนและสถานพยาบาลต่อไป