

**\*\*\*แจ้งประชาสัมพันธ์\*\*\***

**\*\* การรับวัคซีน PFIZER เข็มที่ 2 \*\***

**\*\*สำหรับนักเรียน ที่ศึกษาในสถานศึกษาต่างจังหวัดและได้รับวัคซีนเข็ม 1 แล้ว (เฉพาะนักเรียนได้รับเข็ม1 ที่จังหวัดเชียงรายและมีนัดรับเข็มที่ 2 แล้วเท่านั้น!!) นัดรับวัคซีนเข็ม 2 วันศุกร์ ที่ 22 พฤศจิกายน 2564 ตั้งแต่เวลา 11.00 น.- 12.00 น. สถานที่ ณ ศูนย์ประชุมและแสดงสินค้านานาชาติ GMS เชียงราย\*\***

\*\*\*\*\*

โดยเข้าไปยืนยันการขอรับวัคซีนเข็มที่ 2 ได้ที่เว็บไซต์ “วัคซีนโฮงยาไทย”

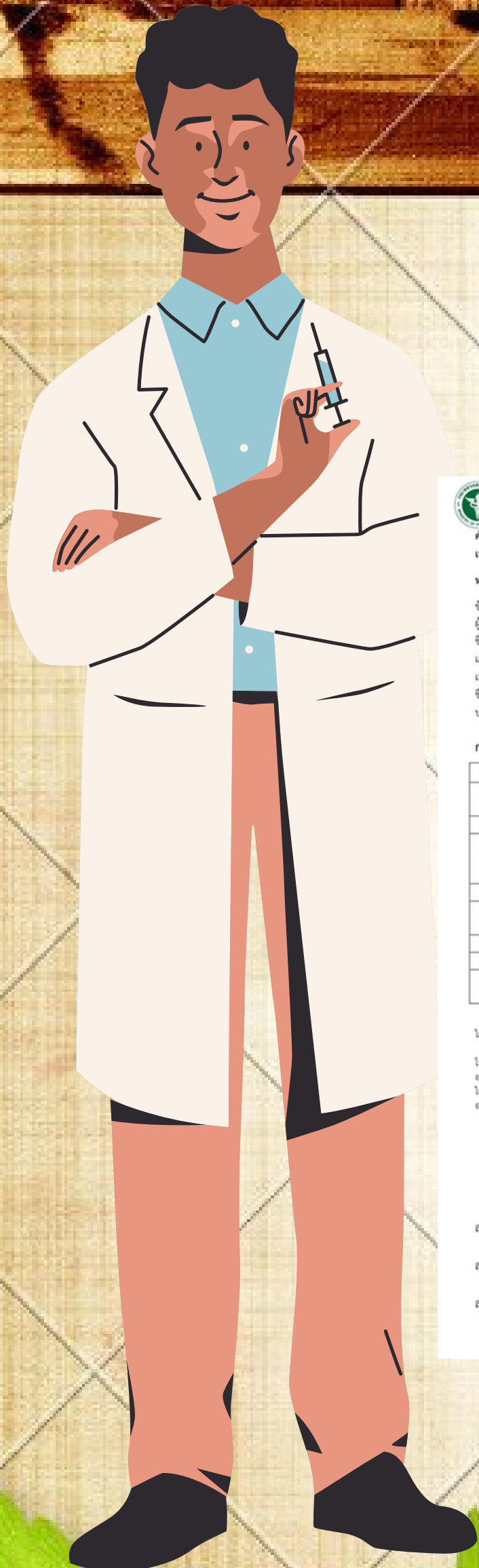
**\*\* ให้นำใบเอกสารมา 2 ชุด**

- นำมามอบให้เจ้าหน้าที่ในวันรับวัคซีน 1 ชุด
- ให้เก็บไว้กับผู้ปกครองของผู้ขอรับวัคซีน 1 ชุด

(เบอร์ผู้ประสานงาน : วนัญติมา สักลอ : 0924438614)

\*\*\*\*\*

โดย : กลุ่มพัฒนาการศึกษา  
สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดเชียงราย



## "ตัวอย่างใบอนุญาตของผู้ปกครอง"

แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน

ประเภทบุคคล...../โรค.....

คำชี้แจง ให้ผู้ปกครอง กรุณากรอกข้อมูลโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามความจริง เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้พิจารณาว่า นักเรียนสามารถฉีดวัคซีน ได้หรือไม่

หน่วยบริการโรงพยาบาลเชิงราชประชาเสนาฯ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ชื่อ - นามสกุล (ผู้ปกครอง).....นามสกุลโทรศัพท์ (ผู้ปกครอง).....  
 ผู้ปกครองชื่อ - สกุล (นักเรียนไทย).....มีความสัมพันธ์เป็น.....  
 ชื่อ - สกุล (นักเรียน(อังกฤษ)).....อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....  
 เลขประจำตัว 13 หลัก/หมายเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างประเทศ).....สัญชาติ.....อุดมภูมิ.....  
 เบอร์โทรศัพท์ (นักเรียน).....โรคประจำตัว.....ที่อยู่.....  
 ชื่อสถานศึกษา.....ชั้น/ปี.....ห้อง.....น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. BMI.....  
 ประวัติรับวัคซีน เข็ม 1.....เข็ม 2.....เข็ม 3.....

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามความจริง

ชนิดวัคซีน		
1	นักเรียนมีอายุ น้อยกว่า 12 ปี	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
2	นักเรียนเคยมีประวัติแพ้ วัคซีนโควิด 19 หรือส่วนประกอบของวัคซีนโควิด 19 หรือมีปฏิกิริยาจากกรณีครั้งก่อน อย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีนโควิด 19 ชนิดอื่นแทน)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
3	นักเรียนได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
4	นักเรียนมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาจทำให้เสียชีวิตได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท และโรคอื่นๆที่เพิ่งมีอาการกำเริบ ยกเว้นแพทย์ผู้ดูแลเป็นผู้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้ (ผู้ที่มีโรคประจำตัวเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน) หรือมีการย่ำ	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
5	นักเรียนอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
6	นักเรียนมีความเจ็บป่วยที่ติดอยู่ในโรงพยาบาลหรือออกจากโรงพยาบาลมาแล้วไม่เกิน 14 วัน (ยกเว้นแพทย์ให้ความเห็นว่าสามารถรับวัคซีนได้)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
7	นักเรียนกำลังมีอาการป่วยไม่สบายใดๆ (ควรปรึกษาแพทย์ก่อน)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
8	นักเรียนได้รับความกังวลใจมากในการรับวัคซีนโควิด 19 (ขอให้นักปรึกษาจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจและคลายความกังวลก่อนรับวัคซีนโควิด 19)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่

วัคซีนมีประสิทธิผลต่อการป้องกันเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ วัคซีนอาจป้องกันโรคแบบไม่รุนแรง หรือมีอาการไม่หนัก ยานี้อาจคิดขึ้นเมื่อปี 2019 ได้

ดังนั้น ท่านจึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการอื่นๆ ตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง งดทานเครื่องดื่มเข้าไปโดยทันที เป็นต้น วัคซีนโควิด 19 ยังไม่มีผลข้างเคียงต่อชีวิตหรือสุขภาพอื่นๆ ซึ่งเป็นเหตุการไม่มีประสิทธิผลภายหลังได้รับ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน โดยอาการข้างเคียงจากวัคซีนที่อาจพบได้ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดง บริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้อ อ่อนเพลีย หรืออาจมีอาการแพ้ เช่น ผื่นขึ้น คันในช่องปาก หรือมีอาการแพ้รุนแรง หากมีอาการแพ้รุนแรงให้รีบแจ้งแพทย์ทันที

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง

ข้าพเจ้าได้พิจารณาและยินยอมที่จะให้บุตรหลานฉีดวัคซีนโควิด 19 และยินยอมที่จะทำเอกสารนี้ หากเกิดขึ้น เป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยข้าพเจ้า

ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ เข็มที่ 1 เท่านั้น โดยสมัครใจ

ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ เข็มที่ 1 และเข็มที่ 2 โดยสมัครใจ

ไม่ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ สาเหตุ (ถ้ามี).....

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....  
 (.....) ผู้รับบริการ/ผู้มีอำนาจลงนาม (.....) ผู้ให้บริการ

ลงชื่อ.....  
 (.....) ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม

ลงชื่อ.....  
 (.....) พยาน (ถ้ามี) สำหรับฉีดวัคซีนโควิด

CRH - Vaccine สำหรับโรงเรียน

เลขบัตรประชาชน:.....

Passport เลขพาสปอร์ต.....

คำนำหน้า(อังกฤษ).....ชื่อ(อังกฤษ).....สกุล(อังกฤษ).....เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....อุณหภูมิ(°C).....โรคประจำตัว

สัญชาติ.....ที่อยู่.....จังหวัด.....อำเภอ.....ตำบล.....

สถานภาพ.....

ประเภทบุคลากร.....

ประเภทโรงเรียน.....

ชื่อ - สกุล (ผู้ปกครอง).....หมายเลขโทรศัพท์ (ผู้ปกครอง).....ผู้ปกครองมีความสัมพันธ์เป็น.....

บ้านเลขที่ (ทศ.).....ส่วนสูง (ซม.).....BMI.....ศูนย์โรงเรียน.....

ชื่อสถานศึกษา.....ชั้น/ปี.....ห้อง.....

รายการการฉีดวัคซีน.....

ประวัติการได้รับวัคซีน Moph IC

วันที่	ชื่อวัคซีน	Lot	Serial	เวลาฉีด	สถานพยาบาล
1	Pfizer-vaccine				โรงพยาบาลเชิงราชประชาเสนาฯ

คัดกรองก่อนให้วัคซีน ลงนามในยินยอม

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1	นักเรียนมีอายุไม่ถึง 12 ปีบริบูรณ์	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
2	นักเรียนเคยมีประวัติแพ้ วัคซีนโควิด 19 หรือส่วนประกอบของวัคซีนโควิด 19 หรือมีปฏิกิริยาจากกรณีครั้งก่อนอย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีนโควิด 19 ชนิดอื่นแทน)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
3	นักเรียนได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ภายใน 1 เดือน	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
4	นักเรียนมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาจทำให้เสียชีวิตได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท โรคหัวใจ และโรคอื่นๆที่เพิ่งมีอาการกำเริบ ยกเว้นแพทย์ผู้ดูแลเป็นผู้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้ (ผู้ที่มีโรคประจำตัวเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน) หรือมีการย่ำ	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
5	นักเรียนอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
6	นักเรียนมีความเจ็บป่วยที่ติดอยู่ในโรงพยาบาลหรือออกจากโรงพยาบาลมาแล้วไม่เกิน 14 วัน (ยกเว้นแพทย์ให้ความเห็นว่าสามารถรับวัคซีนได้)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
7	นักเรียนกำลังมีอาการป่วยไม่สบายใดๆ (ควรปรึกษาแพทย์ก่อน)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
8	นักเรียนได้รับความกังวลใจมากในการรับวัคซีนโควิด 19 (ขอให้นักปรึกษาจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจและคลายความกังวลก่อนรับวัคซีนโควิด 19)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ เข็มที่ 1 เท่านั้น โดยสมัครใจ

ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ เข็มที่ 1 และเข็มที่ 2 โดยสมัครใจ

ไม่ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์

บันทึกข้อมูล | ลงนามในยินยอม

## แจ้งกำหนดการการฉีดวัคซีนไฟเซอร์นักเรียน นักศึกษา เข็ม 2

\*\*\*\*\*

นำเรียนผู้บริหารโรงเรียน/สถานศึกษา ในเขตอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย  
แจ้งกำหนดการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ เข็ม 2 (นร.-นศ.อายุ 12 ปีขึ้นไป ระดับมัธยมหรือเทียบเท่า)  
สำหรับโรงเรียน/สถานศึกษาในเขตอำเภอเมืองเชียงราย

1. กรอกข้อมูล ในเว็บ 'วัคซีนโฮงยาไทย' ให้ถูกต้องครบถ้วน และปรับที่แบบคัดกรองของกระทรวงสาธารณสุข ผู้ปกครองลงนามก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน จำนวน 2 ฉบับ จัดเก็บไว้ที่โรงเรียน/สถานศึกษา 1 ฉบับ และให้นร.-นศ.นำมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ณ จุดฉีด 1 ฉบับ (ตามแบบคัดกรองที่แนบมาพร้อมนี้)
2. ให้โรงเรียน/สถานศึกษา สํารวจและแจ้งนร.-นศ. ที่รับการฉีดเข็ม 1 เข้ารับการฉีดเข็ม 2 รายละเอียดตามแผนรับบริการดั่งแนบ
3. **ข้อตกลงร่วมกัน**
  - (1) ตรงเวลา และให้สถานศึกษาจัดครู-อาจารย์รับผิดชอบในการควบคุมนักเรียน นักศึกษา และแสดงตัวต่อเจ้าหน้าที่ด้วย
  - (2) ให้ครูจัดเตรียมน้ำดื่มสำหรับเด็กไปด้วย
4. เตรียมเอกสารแบบคัดกรองบันทึกคำยินยอม และผู้ปกครองลงลายมือชื่อแล้วไปแสดงตัวด้วย
5. เตรียมรายชื่อนักเรียนที่จะรับวัคซีนเพื่อตรวจสอบในกรณีที่ข้อมูลไม่ถูกต้อง





**แผนรับบริการฉีดวัคซีนไฟเซอร์เข็ม ๒ นักเรียน-นักศึกษา อายุ ๑๒ ปีขึ้นไป พื้นที่อำเภอเมืองเชียงราย**

**วันพุธที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๔**

**สถานที่ ศูนย์ประชุมและแสดงสินค้านานาชาติ GMS เชียงราย**

**ฉีดวัคซีนไฟเซอร์เข็ม ๑ เมื่อวันที่ ๖ ตุลาคม ๒๕๖๔**

เวลา	ร./สถานศึกษา	จำนวน นร./นศ.	รวม	ผู้ประสานงาน/โทร	ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่
๐๙.๐๐- ๑๒.๐๐ น.	วิทยาลัยอาชีวศึกษาเชียงราย	๑,๔๓๗	๒๐๕๘	ผอ.อรพิน ดวงแก้ว ๐๖๑-๕๕๖๕๒๕๒๒๘	
๑๓.๐๐- ๑๓.๑๕ น.	ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัด เชียงราย	๒๔		รองฯ ทพนรินทร์ ๐๘๑-๗๒๕๐๒๕๐	
๑๓.๑๕- ๑๓.๓๐ น.	วิทยาลัยการอาชีพเชียงราย	๑๗๐		ผอ.ชัยสิทธิ์ ๐๘๖-๑๘๓๕๐๗๑	
๑๓.๓๐- ๑๔.๐๐ น.	วิทยาลัยเทคโนโลยีกรุงธนา	๑๗๐		อ.ชุติกาญจน์ ๐๘๔-๐๘๕๘๘๑๐	
๑๔.๐๐- ๑๔.๓๐ น.	กศน. อำเภอเมืองเชียงราย	๑๒๒		อ.วิจิตรธรรม ๐๘๗-๓๐๕๖๒๑๔ อ.สมคิด ๐๘๘-๗๒๕๖๕๑๙	
๑๔.๓๐- ๑๕.๐๐ น.	วิทยาลัยเกษตรและเทคโนโลยี	๑๑๕		ผอ.เตชา ๐๘๑-๘๘๑๖๓๐๖	

**วันศุกร์ที่ ๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๔**

**สถานที่ ศูนย์ประชุมและแสดงสินค้านานาชาติ GMS เชียงราย**

**ฉีดวัคซีนไฟเซอร์เข็ม ๑ เมื่อวันที่ ๗-๘ ตุลาคม ๒๕๖๔**

เวลา	ร./สถานศึกษา	จำนวน นร./นศ.	รวม	ผู้ประสานงาน/โทร	ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่
๐๙.๐๐- ๑๒.๐๐ น.	ร.เทศบาล ๖ นครเชียงราย	๑,๕๖๒	๓๓๘๔	คุณวีชนีกรณ์ ๐๘๑-๘๘๕๑๒๕๗	
๑๓.๐๐- ๑๓.๑๕ น.	ร.วัดสิงหนิงวิทยา	๕๔		คุณปกรณ์ ๐๘๑-๗๕๖๘๗๕๕	
๑๓.๑๕- ๑๓.๓๐ น.	ร.พุทธวงศวิทยา	๑๖๘			
๑๓.๓๐- ๑๔.๐๐ น.	ร.เทศบาล ๕ เต็มห้า	๒๖๐		คุณวีชนีกรณ์ ๐๘๑-๘๘๕๑๒๕๗	
๑๔.๐๐- ๑๔.๓๐ น.	ร.เชียงรายวิทยาคม	๗๕๗		ผอ.อรรธรณ ๐๘๑-๗๖๕๗๖๓๘	
๑๔.๓๐- ๑๖.๐๐ น.	วิทยาลัยเทคโนโลยีบริหารธุรกิจ	๓๘๑		อ.พรเพ็ญ ๐๘๑-๕๓๑๙๕๖๑	

วันจันทร์ที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๔					
สถานที่ อาคารคชสาร อบจ.เชียงราย					
จัดวัคซีนไฟเซอร์เข็ม ๑ เมื่อวันที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๖๔					
เวลา	รร./สถานศึกษา	จำนวน นร./นศ.	รวม	ผู้ประสานงาน/โทร	ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่
๑๙.๐๐- ๑๑.๐๐ น.	รร.สหศาสตร์ศึกษา	๙๕๓	๓,๒๗๖	รองฯอมรรัตน์ ๐๘๖-๙๒๓๘๕๕๕๙	
๑๑.๐๐- ๑๒.๐๐ น.	รร.นานาชาติเชียงราย	๖๙		๐๘๖-๑๒๓๘๕๕๕๙	
	รร.เชียงรายปัญญาภูม	๑๕๒			
	รร.คริสเตียนนานาชาติเชียงราย	๕๓			
	รร.ธารทิพย์	๒๐			
	รร.ดอนชัยวิทยาคม	๖๕		ผอ.วารการ ๐๘๕-๐๖๕๙๙๙๙๙	
	รร.อบจ.เชียงราย	๑๒๖๖		รองฯวิรุฑู ๐๖๓-๒๖๕๑๑๙๙๘	
	รร.คริสเตียนโศภนศาสตร์	๕๙		๐๕๓-๖๙๕๑๑๐๓	
๑๓.๐๐- ๑๓.๑๐ น.	รร.สามัคคีวิทยาคม ๒	๘๒		ผอ.พลวัฒน์ ๐๙๐-๘๙๙๙๕๕๒๒	
๑๓.๑๐- ๑๓.๓๐ น.	รร.เตรียมอุดมศึกษาพัฒนาการ	๑๓๐		รองฯแต้ม ๐๘๖-๑๑๙๙๙๐๙๙	
๑๓.๓๐- ๑๔.๐๐ น.	รร.เม็ງรายมหาวิทยาลัยราชวิทยาลัย	๒๖๘	รองฯยศคน ๐๘๙-๑๘๘๘๖๒๓๒		
๑๔.๐๐- ๑๔.๓๐ น.	รร.ห้วยสักวิทยาคม	๑๙๘	ผอ.มงคล ๐๘๙-๘๕๒๓๖๒๕๙		
	Home School (สพม.เชียงราย)	๒	คุณสุภมาศ ๐๘๖-๕๙๐๔๒๖๕		
	ศูนย์การเรียนรู้แห่งความหวัง	๒			
	รร.ปัญญาวัฒน์	๓			
	ม่อนแสงดาววิซซาลัย	๖			

วันอังคารที่ ๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๔					
สถานที่ ศูนย์ประชุมและแสดงสินค้านานาชาติ GMS เชียงราย					
จัดวัคซีนไฟเซอร์เข็ม ๑ เมื่อวันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๔					
เวลา	รร./สถานศึกษา	จำนวน นร./นศ.	รวม	ผู้ประสานงาน/โทร	ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่
๐๙.๐๐- ๑๒.๐๐ น.	วิทยาลัยเทคนิคเชียงราย	๑,๑๙๙	๒,๕๓๓	อ.พัฒนา ๐๙๕-๖๙๕๕๘๖๖๙	
	วิทยาลัยอาชีวศึกษาพาณิชย์การ	๒๕๓		นายสุรินทร์ ๐๘๖-๖๕๙๕๖๐๓	
๑๓.๐๐- ๑๔.๐๐ น.	วิทยาลัยเทคนิคกาญจนาภิเษก	๓๖๒		ผอ.สิทธิพร ๐๖๓-๖๙๕๕๙๙๙๙	
	รร.บ้านคู (สหราษฎร์พัฒนาการ)	๒๐๒		ผอ.พิษณุ ๐๙๕-๙๓๙๖๖๑๕	
๑๔.๐๐- ๑๕.๐๐ น.	รร.บ้านปางขอน	๒๙			
	รร.บ้านแม่ข้าวต้มท่าสุด	๙๙			
	รร.บ้านปางคัก	๒๐			
	รร.บ้านโละป่าดู่	๑๐			
	รร.ชุมชนบ้านแม่ข้าวต้มหลวง	๕๐			
	รร.บ้านรวมมิตร	๓๓			
	รร.แม่ยาววิทยา	๑๐			
	รร.บ้านหัวค้อย	๙๙			
	รร.คอยลานวิทยา	๓๑			
	รร.บ้านร่องปลาขาว	๙			
	รร.บ้านโป่งน้ำร้อน	๒๑			
	รร.ผาขวางวิทยา	๒๘			
	รร.บ้านห้วยชมภู	๓๔			
รร.บ้านจะเคือ	๑๑				
รร.บ้านห้วยแม่เทียม	๒๕				
รร.บ้านแม่มอญวิทยา	๑๘				
รร.บ้านกนกน้อยวิทยา	๘				

วันพุธที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๔					
สถานที่ รร.สามัคคีวิทยาคม					
จัดวัคซีนไฟเซอร์เข็ม ๑ เมื่อวันที่ ๑๑ ตุลาคม ๒๕๖๔					
เวลา	รร./สถานศึกษา	จำนวน นร./นศ.	รวม	ผู้ประสานงาน/โทร	ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่
๐๙.๐๐- ๑๒.๐๐ น.	รร.สามัคคีวิทยาคม	๑,๕๖๑	๒,๒๓๒	ผอ.คณิศ ๐๘๒-๑๙๙๙๙๑๑๓	
	รร.วิทยาศาสตร์จุฬารัตนราชวิทยาลัย	๖๖๑		ผอ.วันสว่าง ๐๘๘-๒๕๑๙๙๘๐๓	
๑๓.๐๐- ๑๔.๐๐ น.					

วันศุกร์ที่ ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔					
สถานที่ รร.สามัคคีวิทยาคม					
ฉีดวัคซีนไฟเซอร์เข็ม ๑ เมื่อวันที่ ๑๓ ตุลาคม ๒๕๖๔					
เวลา	รร./สถานศึกษา	จำนวน นร./นศ.	รวม	ผู้ประสานงาน/โทร	ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่
๐๙.๐๐- ๑๒.๐๐ น.	รร.สามัคคีวิทยาคม	๑,๑๘๙	๒,๐๐๐	ผอ.คณิศ ๐๘๒-๑๙๘๗๑๑๓๓	
๑๓.๐๐- ๑๕.๐๐ น.	รร.ตำบองราษฎร์สงเคราะห์	๘๑๑		นายสิริชัย ๐๘๙-๗๙๑๘๘๔๑๕	

วันพุธที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๔					
สถานที่ อาคารคชสาร อบจ.เชียงราย					
ฉีดวัคซีนไฟเซอร์เข็ม ๑ เมื่อวันที่ ๑๗,๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๔					
เวลา	รร./สถานศึกษา	จำนวน นร./นศ.	รวม	ผู้ประสานงาน/โทร	ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่
๐๙.๐๐- ๑๒.๐๐ น.	รร.อบจ.เชียงราย	๑,๕๘๘	๑,๕๙๖	รองฯวิรุทธ ๐๖๓-๒๖๔๑๑๗๗๘	
๑๓.๐๐- ๑๕.๐๐ น.	รร.บ้านสันโค้งงา	๗๓		รองฯสมรส ๐๘๘-๗๕๖๓๕๕๙	
	รร.มารีย์วิทย์	๓๕		ครูสุภา นามบุญ ๐๘๗-๕๗๖๒๒๓๓	

วันจันทร์ที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๔					
สถานที่ ศูนย์ประชุมและแสดงสินค้านานาชาติ GMS เชียงราย					
ฉีดวัคซีนไฟเซอร์เข็ม ๑ เมื่อวันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๔					
เวลา	รร./สถานศึกษา	จำนวน นร./นศ.	รวม	ผู้ประสานงาน/โทร	ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่
๐๙.๐๐- ๑๒.๐๐ น.	รร.ตำบองราษฎร์สงเคราะห์	๑,๖๓๕	๒,๐๐๕	นายสิริชัย ๐๘๙-๗๙๑๘๘๔๑๕	
๑๓.๐๐- ๑๕.๐๐ น.	รร.สันติวิทยา	๓๗๐		ครูภาณุมาศ ๐๘๑-๖๗๑๗๗๘๘	

วันจันทร์ที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔						
สถานที่ ศูนย์ประชุมและแสดงสินค้านานาชาติ GMS เชียงราย						
ฉีดวัคซีนไฟเซอร์เข็ม ๑ เมื่อวันที่ ๒๔ ตุลาคม ๒๕๖๔						
เวลา	รร./สถานศึกษา	จำนวน นร./นศ.	รวม	ผู้ประสานงาน/โทร	ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่	
๐๙.๐๐- ๐๙.๓๐ น.	รร.อนุบาลเชียงราย	๑๑๐	๑,๑๕๓	ครูเพชรรัตน์ ๐๘๙-๗๕๕๐๕๐๓		
๐๙.๓๐- ๑๐.๐๐ น.	รร.เทศบาล ๑	๖๘		คุณวิชณีกรณ์ ๐๘๑-๘๘๕๗๒๕๗		
	รร.เทศบาล ๒	๘๕				
	รร.เทศบาล ๓	๓๙				
๑๐.๐๐- ๑๑.๐๐ น.	รร.เทศบาล ๔	๓๕				
	รร.เทศบาล ๕	๓๐๘				
	รร.เทศบาล ๖	๑๐๖				
๑๑.๐๐ น.- ๑๒.๐๐ น.	รร.เทศบาล ๗	๕๙				
	รร.เทศบาล ๘	๒๖				
	รร.อบจ.เชียงราย	๖๒		รองฯวิรุทธ ๐๖๓-๒๖๔๑๑๗๗๘		
	รร.สหศาสตร์ศึกษา	๓๓		รองฯอมรรัตน์ ๐๘๖-๗๒๓๘๕๕๙		
๑๓.๐๐- ๑๕.๐๐ น.	รร.เม็งรายมหาวิทยาลัยราชภัฏ	๕๐				ผอ.ประยูร ๐๘๑-๓๘๗๓๑๑๓
	รร.ตำบองราษฎร์สงเคราะห์	๕๔				ผอ.มานัส ๐๘๕-๗๐๕๒๕๕๗
	นร.ที่ศึกษาสถานศึกษาในต่างจังหวัด	๕๐		คุณานัญญา ๐๙๒-๕๕๓๘๖๑๕		

วันอังคารที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๔					
สถานที่ ศูนย์ประชุมและแสดงสินค้านานาชาติ GMS เชียงราย					
ฉีดวัคซีนไฟเซอร์เข็ม ๑ เมื่อวันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๔					
เวลา	รร./สถานศึกษา	จำนวน นร./นศ.	รวม	ผู้ประสานงาน/โทร	ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่
๐๙.๐๐- ๑๒.๐๐ น.	รร.เทศบาล ๖ นครเชียงราย	๑,๘๑๓	๑,๙๖๖	คุณวิชณีกรณ์ ๐๘๑-๘๘๕๗๒๕๗	
๑๓.๐๐- ๑๓.๓๐ น.	รร.บ้านสันโค้งงา	๘๙		รองฯสมรส ๐๘๘-๗๕๖๓๕๕๙	
๑๓.๓๐- ๑๕.๓๐	รร.อนุบาลเมืองเชียงราย	๓๗		ผอ.ศิริลักษณ์ ๐๘๖-๑๘๕๗๕๖๔	
	รร.สาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏ	๒๗	ครูวาสนิ ๐๘๖-๖๕๘๗๓๖๑		