**แบบฟอร์มสำหรับบุคลากรผู้ไม่ประสงค์รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)**

**โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี**

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ข้าพเจ้า ชื่อ-นามสกุล.......................................................................... อายุ.................................................ปี

หน่วยงาน ........................................................ตำแหน่ง...............................................................................

มีความประสงค์ไม่รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจาก.......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

 ลงชื่อ ..............................................

 (............................................................)

 ลงชื่อ ..............................................

 (............................................................)

 หัวหน้ากลุ่มงาน/งาน

ลงชื่อ ..............................................

 (............................................................)

 หัวหน้ากลุ่มภารกิจ