

แบบฟอร์มสำหรับบุคลากรผู้ไม่ประสงค์รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

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

หน่วยงานตำแหน่ง.....

มีความประสงค์ไม่รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจาก

.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ
(.....)

ลงชื่อ
(.....)

หัวหน้ากลุ่มงาน/งาน

ลงชื่อ
(.....)

หัวหน้ากลุ่มภารกิจ