



ที่ ตก ๐๐๓๒.๐๐๔ / ๗๑๐

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก
๑๖๕ หมู่ที่ ๗ ตำบลไม้งาม
อำเภอเมือง จังหวัดตาก ๖๓๐๐๐

๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขอความร่วมมือสำรวจทันตบุคลากรในคลินิกเอกชนที่ต้องการรับวัคซีนป้องกันโควิด 19

เรียน ผู้ประกอบการคลินิกทันตกรรมเอกชน

อ้างถึง หนังสือสำนักงานเลขาธิการทันตแพทยสภา ที่ ทพ ๐๑๐๑/ว ๗๕๒ ลงวันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๔

สิ่งที่ส่งมาด้วย เงื่อนไขการขอรับวัคซีน

ตามหนังสือที่อ้างถึง ทันตแพทยสภาได้ขอความอนุเคราะห์จัดสรรวัคซีนป้องกันโควิด 19 ให้แก่ทันตแพทย์ ผู้ช่วยทันตแพทย์ และบุคลากรในคลินิกเอกชนแล้วนั้น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก จึงขอความร่วมมือสำรวจทันตแพทย์ ผู้ช่วยทันตแพทย์ และบุคลากรในคลินิกทันตกรรม ที่ยังไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด 19 เข็มกระตุ้น หรือกลุ่มที่ยังไม่เคยได้รับวัคซีน ตามเงื่อนไขที่ส่งมาด้วย และมีความประสงค์รับวัคซีนป้องกันโควิด 19 โดยสามารถกรอกข้อมูลความประสงค์รับวัคซีนได้ที่ Google Forms: <https://bit.ly/3moHpPu> หรือสแกนคิวอาร์โค้ดท้ายหนังสือนี้ ภายในวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ โดยการสำรวจนี้เป็นการสำรวจเบื้องต้นเพื่อเสนอไปยังกระบวนการพิจารณาของคณะกรรมการจัดการวัคซีนของจังหวัดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายวิทยา พลสีลา)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส
รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตาก

กลุ่มงานทันตสาธารณสุข

โทร. ๐ ๕๕๕๑ ๘๑๐๐ ต่อ ๑๑๘

โทรสาร ๐ ๕๕๕๑ ๘๑๐๘



เงื่อนไขการขอรับวัคซีน

1. เป็นทันตแพทย์ ผู้ช่วยทันตแพทย์ พนักงานทำความสะอาด หรือตำแหน่งอื่น ๆ ที่ปฏิบัติงานในคลินิกเอกชน และมีความเสี่ยงในการสัมผัสผู้ป่วย
2. ได้รับการฉีดวัคซีน Sinovac/ Sinopharm ครบ ๒ เข็มอย่างน้อย ๔ สัปดาห์ และยังไม่ได้รับการฉีดเข็มที่ ๓ หรือ ฉีดวัคซีน AstraZeneca ครบ ๒ เข็มอย่างน้อย ๖ เดือน และยังไม่ได้รับการฉีดเข็มที่ ๓ หรือ เคยติดเชื้อแล้วและยังไม่ได้ฉีดวัคซีน ฉีดไม่ครบ ๒ เข็ม หรือ ติดเชื้อภายใน ๑๔ วันหลังฉีดครบ ๒ เข็ม หรือ อายุ ๑๒ ปีขึ้นไป และยังไม่เคยได้รับวัคซีนใด ๆ มาก่อน

การสำรวจนี้เป็นการสำรวจเบื้องต้นเพื่อเสนอความต้องการไปยังคณะทำงานจัดการวัคซีน หากได้รับการจัดสรร ผู้แสดงความประสงค์จะได้รับการติดต่อไปอีกครั้ง

ทั้งนี้ หากมีข้อสงสัยสามารถติดต่อสอบถามได้ที่กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก เบอร์ ๐๕๕-๕๑๘-๑๐๐ ต่อ ๑๑๘ หรือ e-mail: denttak64@gmail.com

หมายเหตุ: การกรอกข้อมูลต้องลงชื่อเข้าใช้ด้วย Google account และกรุณาเตรียมหลักฐานหน้าจอประวัติการรับวัคซีนจากหมอพร้อมที่มีชื่อผู้รับ ชนิดวัคซีน และวันที่รับวัคซีน แนบประกอบให้พร้อม