



ที่ ศธ ๐๔๑๔๙.๐๒๓/๒๒๐

โรงเรียนบ้านบางจาก หมู่ที่ ๘
ตำบลบางจาก อำเภอพระประแดง
จังหวัดสมุทรปราการ ๑๐๑๓๐

๑ ตุลาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขออนุญาตฉีดวัคซีนป้องกัน “โรคมะเร็งปากมดลูก : HPV (Human Papilloma Virus)”
ในนักเรียนหญิง ชั้นประถมศึกษาปีที่ ๖

เรียน ผู้ปกครองนักเรียนหญิง ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ ๖

ด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากโรงพยาบาลบางจาก จะมาให้บริการการฉีดวัคซีนสร้างภูมิคุ้มกันโรค
ให้กับนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาในโรงเรียนเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลบางจาก โดยจะดำเนินการฉีดวัคซีน
ป้องกัน “โรคมะเร็งปากมดลูก : HPV (Human Papilloma Virus)” ในนักเรียนหญิง ชั้นประถมศึกษาปีที่ ๖ ที่อยู่
ในความปกครองของท่าน ในวันศุกร์ที่ ๔ ตุลาคม ๒๕๖๒ ณ ห้องประชุมโรงเรียนบ้านบางจาก

เพื่อให้การดำเนินงานดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อย และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือ
จากท่านผู้ปกครอง ได้อนุญาตให้นักเรียนในความปกครองของท่านได้รับการฉีดวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
ดังกล่าว จากท่านผู้ปกครอง และให้ส่งแบบตอบรับด้านล่าง กลับมาให้โรงเรียนก่อนวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๒

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดอนุญาต

ขอแสดงความนับถือ

ศตสังวัตสร

(นายตรี ศตสังวัตสร)

ผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านบางจาก

โรงเรียนบ้านบางจาก

โทร. โทรสาร ๐-๒๔๖๒-๖๒๙๔



แบบตอบรับ ขออนุญาตให้นักเรียนรับการฉีดวัคซีนป้องกัน “โรคมะเร็งปากมดลูก : HPV”
ในวันศุกร์ที่ ๔ ตุลาคม ๒๕๖๒

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....ผู้ปกครองของ
เด็กหญิง.....ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 /.....

อนุญาต ให้นักเรียนได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

ไม่อนุญาต ให้นักเรียนได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก เพราะเหตุใด.....

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง