

### แบบความต้องการฉีดวัคซีนโควิด ๑๙ ของบุคลากรกรมบัญชีกลาง

หน่วยงาน ..... สังกัด กรมบัญชีกลาง

| ลำดับที่ | บัตรประจำตัวประชาชน | ชื่อ - สกุล | อายุ | ประเภทบุคลากร<br>ข้าราชการ/พนักงานราชการ/<br>ลูกจ้างประจำ/ลูกจ้างชั่วคราว/<br>ลูกจ้างเหมาบริการ | โรคประจำตัว<br>(ถ้ามี) | หมายเหตุ |
|----------|---------------------|-------------|------|---|------------------------|----------|
|          |                     |             |      |   |                        |          |
|          |                     |             |      |   |                        |          |
|          |                     |             |      |   |                        |          |
|          |                     |             |      |   |                        |          |
|          |                     |             |      |   |                        |          |
|          |                     |             |      |   |                        |          |
|          |                     |             |      |   |                        |          |
|          |                     |             |      |   |                        |          |
|          |                     |             |      |   |                        |          |
|          |                     |             |      |   |                        |          |

หมายเหตุ ผู้ที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ ๑) โรคทางเดินหายใจเรื้อรังรุนแรง เช่น ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ๒) โรคหัวใจและหลอดเลือด ๓) โรคไตเรื้อรัง ระยะที่ ๕  
๔) โรคหลอดเลือดสมอง ๕) โรคมะเร็งทุกชนิดที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด รังสีบำบัด และภูมิคุ้มกันบำบัด ๖) โรคเบาหวาน ๗) โรคอ้วน

ผู้ประสานงาน ..... โทรศัพท์.....