

หน่วยงาน/คณะ..... ผู้ประสานงาน..... โทร.....

ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	อายุ	เบอร์มือถือ *	วันที่ท่านสะดวกฉีดวัคซีน กรุณา ✓ ในช่อง						
				วันจันทร์ที่ 13 พ.ค. 67		วันอังคารที่ 14 พ.ค. 67	วันพุธที่ 15 พ.ค. 67	วันพฤหัสบดีที่ 16 พ.ค. 67	วันศุกร์ที่ 17 พ.ค. 67	
				ช่วงเช้า 08.30 - 12.00 น.	ช่วงบ่าย 13.00 - 15.00 น.	ช่วงเช้า 08.30 - 12.00 น.	ช่วงเช้า 08.30 - 12.00 น.	ช่วงเช้า 08.30 - 12.00 น.	ช่วงเช้า 08.30 - 12.00 น.	ช่วงบ่าย 13.00 - 15.00 น.
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

จำนวน _____ คน
รวมทั้งหมด _____ บาท

โปรดรวบรวมแจ้งรายชื่อกลับภายในวันที่ 30 เมษายน 2567 เพียงเข็มละ 650.- บาท (ไม่สามารถขอรับเงินคืน)
หมายเหตุ : ขอความร่วมมือจากทุกท่านเดินทางมาฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ชั้น 3 มศว คลินิก ตามวันและเวลาที่ระบุ ขอยกเว้นในความไม่สะดวก
โทร. 02-6495000 ต่อ 12534, 15686, 089-1497798 :: www.facebook.com/Swuclinic