

<เรียน ท่านผู้ปกครองของเด็กอายุ 12 - 15 ปี>

◎ กรณีที่จะให้ฉีดวัคซีน ให้นำลงลายมือชื่อของผู้ปกครองในช่องลายมือชื่อของใบตรวจ
กรณีที่ ไม่ ประสงค์ จะ ให้ ฉีด กรุณาอย่า เขียนอะไร ใน ช่อง ลาย มือ ชื่อ หากไม่มีลายมือชื่อของผู้ปกครองในใบตรวจจะไม่สามารถรับการฉีดวัคซีนได้

◎ การฉีดวัคซีนให้เด็กตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป กรณีที่สถาบันการแพทย์ที่จะฉีดให้
(ศูนย์ฉีดวัคซีน) อนุญาต(*) ผู้ปกครองต้องอ่านคู่มือนี้และลงลายมือชื่อของตนในใบตรวจ
เด็กจึงจะสามารถรับการฉีดวัคซีนได้โดยที่ผู้ปกครองไม่ต้องไปด้วย

(*) เฉพาะกรณีที่มีการประชาสัมพันธ์ว่าไม่จำเป็นต้องให้ผู้ปกครองไปด้วย กรุณาดูข้อมูลประชาสัมพันธ์หรือตรวจสอบเมื่อจอง

◎ กรณีที่ฉีดโดยไม่มีผู้ปกครองไปด้วย กรุณากรอกช่องทางติดต่อฉุกเฉิน
(หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อผู้ปกครองได้อย่างแน่นอนเมื่อรับการตรวจและฉีดวัคซีน)
ในช่อง "หมายเลขโทรศัพท์" ของใบตรวจ

◎ หากมีข้อสงสัย กรุณาดูข้อมูลจากรัฐบาลหรือเทศบาล
ตรวจสอบกับแพทย์ที่ไปรับการรักษาเป็นประจำ เทศบาลที่อาศัยอยู่ ฯลฯ จนพึงพอใจก่อนตัดสินใจ