



ใบสมัครขอรับวัคซีน “โมเดอร์นา”

ณ ชั้น 3 รพ.พริ้นซ์ สุวรรณภูมิ (บางนา กม.7)

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) คำนำหน้าชื่อตามบัตรประชาชน

(ภาษาอังกฤษ) คำนำหน้าชื่อตามบัตรประชาชน

เพศตามบัตรประชาชน / Gender

วัน/เดือน/ปี เกิด Date of Birth (ระบุปีเกิดเป็น ค.ศ. เท่านั้น).....

เลขบัตรประชาชน Thai ID Thai ID.....

หมายเลขพาสปอร์ต Passport ID.....

สัญชาติ / Nationality

บ้านเลขที่ (House number)..... หมู่บ้าน (Village).....

ที่อยู่เพิ่มเติม (Address)

แขวง/ตำบล (Sub-District)เขต/อำเภอ (District)


จังหวัด (Province)รหัสไปรษณีย์ (Zip Code)

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ / Phone number.....

อีเมลของท่าน / Email

ID Line :

โปรดระบุช่วงเวลาในการจองเข้าใช้บริการ.....

 **เข้ารับบริการวัคซีนโดยไม่มีค่าใช้จ่ายได้ตั้งแต่วันที่ 1- 12 ส.ค. 65**

(เฉพาะวันศุกร์ วันเสาร์ และวันอาทิตย์ เท่านั้น)

ณ ชั้น 3 รพ.พริ้นซ์ สุวรรณภูมิ (บางนา กม.7)

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

ส่งใบสมัครได้ที่ **Email : econmass@gmail.com**

ส่งแล้วกรุณายืนยันการสมัครและสอบถามผลการสมัครได้ที่

โทรศัพท์ 08-9035-8245 (เช้า-ค่ำ)