

แบบสรุปลักษณะปฏิบัติงานการให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด-หัดเยอรมัน(MR)ในผู้ใหญ่  
ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ศูนย์บริการสาธารณสุข.....

ลำดับ	หน่วยงาน/สถานที่	จำนวนผู้รับบริการ (คน)	วันที่ให้บริการ	จำนวนวัคซีนที่เปิดใช้ (ขวด)	หมายเหตุ

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ กรุณาส่งแบบสรุปลักษณะปฏิบัติงานมายัง กลุ่มงานโรคติดต่อทั่วไป กองควบคุมโรคติดต่อ  
ทางโทรสารหมายเลข ๐๒ ๒๔๕ ๖๔๖๖, ๐๒ ๒๔๗ ๕๐๖๙ หรือ ทางอีเมล  
Genercon\_bma@hotmail.co.th ทุกวันที่ ๓๐ ของเดือน