

แผนปฏิบัติงานการให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด-หัดเยอรมัน(MR)ในผู้ใหญ่
ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ศูนย์บริการสาธารณสุข.....

ลำดับ	หน่วยงาน/สถานที่	จำนวน ผู้รับบริการ (คน)	วันที่นัดหมาย ให้บริการ	หมายเหตุ

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ กรุณาส่งแผนปฏิบัติงานมายัง กลุ่มงานโรคติดต่อทั่วไป กองควบคุมโรคติดต่อ
ทางโทรสารหมายเลข ๐๒ ๒๔๕ ๖๔๖๖, ๐๒ ๒๔๗ ๕๐๖๙ หรือ ทางอีเมล
Genercon_bma@hotmail.co.th ภายในวันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๕๙