



ที่ ศธ ๐๔๒๓๒.๑๘/๓๔๕

โรงเรียนบดินทรเดชา (สิงห์ สิงหเสนี)

๔๐ रामคำแหง ๔๓/๑ เขตวังทองหลาง

กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๑๐

๑๙ มีนาคม ๒๕๖๑

เรื่อง การฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสเอชพีวี

เรียน ท่านผู้ปกครอง

ด้วยโรงเรียนบดินทรเดชา (สิงห์ สิงหเสนี) ได้ตระหนักถึงสุขภาพของนักเรียน และการดูแลป้องกันตนเองจากการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งช่องคลอด มะเร็งปากช่องคลอด มะเร็งทวารหนัก หูดอวัยวะเพศ และมะเร็งองคชาต ซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (Human Papillomavirus) ดังนั้นทางโรงเรียนจึงร่วมมือกับโรงพยาบาลกล้วยน้ำไท จัดโครงการป้องกันมะเร็งดังกล่าว สำหรับผู้ปกครองที่สนใจจะให้บุตรหลาน ทั้งชายและหญิง ได้รับวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสเอชพีวี ชนิด ๔ สายพันธุ์ (สายพันธุ์ ๖, ๑๑, ๑๖, ๑๘) ในราคาพิเศษ เฉลี่ยละ ๒,๑๐๐ บาท (ปกติราคาในโรงพยาบาล ๔,๓๐๐ บาทต่อเข็ม) คือ

- กรณีเด็กที่อายุ ๙-๑๔ ปี ฉีดวัคซีน ๒ เข็ม ราคา ๔,๒๐๐ บาท
- กรณีเด็กที่อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ฉีดวัคซีน ๓ เข็ม ราคา ๖,๓๐๐ บาท

ได้กำหนดฉีดวัคซีนดังนี้

เข็มที่ ๑ วันศุกร์ที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๑

เข็มที่ ๒ วันศุกร์ที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๑

เข็มที่ ๓ วันศุกร์ที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๒

*** หมายเหตุ อายุ ๙-๑๔ ปี
ฉีด ๒ เข็ม คือ ๐ และ ๖ เดือน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณา หากท่านเห็นสมควรอนุญาตให้นักเรียนในปกครองของท่านรับการฉีดวัคซีนดังกล่าว ขอให้กรอกข้อความในแบบตอบรับด้านหลังนี้แล้วส่งคืนห้องพยาบาล ภายในวันศุกร์ที่ ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๖๑ จักขอบพระคุณยิ่ง ทั้งนี้ให้เป็นไปด้วยความสมัครใจ

ขอแสดงความนับถือ

(นายกล้าศักดิ์ จิตต์สงวน)

ผู้อำนวยการโรงเรียนบดินทรเดชา (สิงห์ สิงหเสนี)

กลุ่มบริหารทั่วไป

โทร. ๐ ๒๕๓๘ ๓๙๖๔ ต่อ ๓๑๓ , ๒๑๑

โทรสาร ๐ ๒๕๓๙ ๘๙๙๗



แบบตอบรับฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสเอชพีวี ๔ สายพันธุ์

โปรดตอบและส่งกลับที่ ห้องพยาบาล ภายในวันศุกร์ที่ ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๖๑ เพื่อดำเนินการ

ข้าพเจ้าผู้ปกครอง ด.ช./ด.ญ./นาย/นางสาวชั้น ม./
เลขที่..... อายุ.....ปี โทรศัพท์นักเรียน..... โทรศัพท์ผู้ปกครอง.....

รับทราบหนังสือของโรงเรียน เรื่องการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสเอชพีวี ได้พิจารณาแล้ว (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓
หน้าหัวข้อที่ต้องการ)

- อนุญาต พร้อมชำระเงิน ๒,๑๐๐ บาท (แบ่งชำระครั้งละ ๑ เข็ม)
- อนุญาต พร้อมชำระเงิน ๔,๒๐๐ บาท (ชำระครบทั้ง ๒ เข็ม) หรือ ชำระเงิน ๖,๓๐๐ บาท (ชำระครบทั้ง ๓ เข็ม)
- ไม่อนุญาต

การชำระเงิน ขอให้นักเรียนนำเงินมาชำระที่ห้องพยาบาลด้วยตนเอง

ลงชื่อ ผู้ปกครอง

วันที่ เดือน พ.ศ. ๒๕๖๑