



หนังสือรับรองการฉีดวัคซีนโควิด-19 โมเดอร์นา

วันที่.....

เรียน โรงพยาบาล.....

ข้าพเจ้า.....บัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทางเลขที่.....
อยู่บ้านเลขที่..... ได้จองสิทธิ
การฉีดวัคซีน โมเดอร์นากับทาง โรงพยาบาล..... จำนวน..... โดส ต่อไปจะเรียกว่า “ผู้ฉีดวัคซีน”
โดยข้าพเจ้าขอฉีดวัคซีน โมเดอร์นาให้แก่..... บัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือ
เดินทางเลขที่..... อยู่บ้านเลขที่.....
ต่อไปจะเรียกว่า “ผู้รับวัคซีน” และข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะไม่เรียกร้องใด ๆ ในสิทธิการจองวัคซีนดังกล่าวที่ได้ฉีดไปแล้วในภายหลัง

ลงชื่อ.....ผู้ฉีดวัคซีน
(.....)

ข้าพเจ้าผู้รับวัคซีนยินยอมปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ ระยะเวลา และเงื่อนไขต่าง ๆ ที่กำหนดโดยโรงพยาบาลเกี่ยวกับการ
ให้บริการฉีดวัคซีน โมเดอร์นาทุกประการโดยไม่มีเงื่อนไข

ลงชื่อ.....ผู้รับวัคซีน
(.....)



Certificate of Transfer of Vaccination Rights

Date.....

To.....

I,, Identification card/Passport No..... reside at....., have reserved the right to vaccinate Moderna Vaccine with the hospital.....in the amount of.....dose(s), hereinafter referred to as "**Transferor**". I hereby transfer the right to vaccinate Moderna Vaccine to Mr./Ms..... Identification card/Passport No.....resides at..... hereinafter referred to as "**Transferee**". And, I certify that I will not make any claim in respect of any such vaccination reservation rights which have been subsequently transferred.

Sign.....Transferor
(.....)

I, the transferee, agree to comply with the rules, procedures, periods and conditions prescribed by the hospital in accordance to Moderna vaccination services without conditions.

Sign.....Transferee
(.....)