แบบสำรวจผู้ประกันตนที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป กรณีฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่

ชื่อสถานประกอบการ ....

เลขที่บัญชี .... สาขา .... โทรศัพท์ ....

ลำดับที่	ชื่อ – นามสกุล	เลขบัตรประชาชน	เบอร์โทรศัพท์	ประสงค์ฉีด วัคซีนไข้หวัดใหญ่
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				