

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง บ้านเลขที่

หมู่ที่ ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ หมายเลขโทรศัพท์

ขอรับรองว่า เกิดวันที่

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน) บ้านเลขที่

หมู่ที่ ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ หมายเลขโทรศัพท์

ได้อาศัยอยู่ในบ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด จริง โดยบุคคลดังกล่าว

มีความประสงค์ขอรับการฉีดวัคซีนโควิด 19

ลงชื่อ ผู้รับรอง

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าของบ้าน/ผู้จัดการองค์กร,บริษัท,ห้างร้าน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ การให้การเท็จต่อเจ้าพนักงานผิดตาม ป.อาญา ม.137 จำคุก ไม่เกิน 6 เดือน หรือ
ปรับไม่เกิน 1 หมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ