



ที่ นบ ๐๐๑๙.๔/ว ๔๓

สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดนนทบุรี
ถนนรัตนาธิเบศร์ นบ ๑๑๐๐๐

๒๐ มกราคม ๒๕๖๕

เรื่อง การใช้ประโยชน์จากแอปพลิเคชัน Jitasa.care

เรียน พัฒนาการอำเภอทุกอำเภอ

อ้างถึง หนังสือสำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดนนทบุรี ที่ นบ ๐๐๑๙.๔/ว ๖๑๓ ลงวันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๔

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสำรวจการสนับสนุนข้อมูลแก่ Jitasa.care (Google Forms) จำนวน ๑ ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดนนทบุรี ได้ขอให้สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอมอบหมายผู้นำอาสาพัฒนาชุมชนและสมาชิกกองทุนพัฒนาบทบาทสตรี ลงทะเบียนอาสาสมัคร (อาสาข้อมูล) และดำเนินการบันทึกข้อมูลในแพลตฟอร์ม Jitasa.care นั้น

จากการตรวจสอบข้อมูลบนแพลตฟอร์ม Jitasa.care พบว่า การลงทะเบียนจิตอาสา และการขอความช่วยเหลือในการขอรับการฉีดวัคซีนมีจำนวนน้อยมาก เพื่อเป็นการสนับสนุนการดำเนินงานของ Jitasa.care จังหวัดนนทบุรี จึงได้ออกแบบ Google forms เพื่อสะดวกและง่ายต่อการใช้ในการกรอกข้อมูลของผู้ที่ยังไม่ได้รับวัคซีน หรือผู้ที่มีความประสงค์ต้องการฉีดวัคซีน จึงขอให้สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอ แจ้งผู้นำอาสาพัฒนาชุมชนและสมาชิกกองทุนพัฒนาบทบาทสตรีในพื้นที่ ค้นหาผู้ที่ยังไม่ได้รับวัคซีนหรือผู้ที่ต้องการฉีดวัคซีนเข็มที่ ๒ และกรอกข้อมูลใน Google forms โดยสามารถเข้าสู่ระบบได้ตาม QR Code ที่ส่งมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นางรักใจ กาญจนะวีระ)
พัฒนาการจังหวัดนนทบุรี

กลุ่มงานประสานและสนับสนุนการบริหารงานพัฒนาชุมชน

โทร./โทรสาร ๐ ๒๕๘๐ ๐๗๐๔

(น.ส.ยอดขวัญ วานเครือ โทร. ๐๘ ๗๗๐๘ ๗๗๕๙)

เศรษฐกิจฐานรากมั่นคงและชุมชนพึ่งตนเองได้
ภายในปี ๒๕๖๕



Change for Good

แบบสำรวจการสนับสนุนข้อมูลแก่ Jitasa.care



<https://docs.google.com/forms/d/1Pn9KOPcapVegMeYccgQ7dKthH9obAJ11Z9gcrybWr7o/edit>

การสนับสนุนข้อมูลแก่ Jitasa.care

สำหรับสำรวจข้อมูลการฉีดวัคซีน ตั้งแต่เด็กอายุ 5 ปี จนถึงผู้สูงอายุ โดยขอให้กรอกข้อมูลตรงกับความเป็นจริงและข้อมูลจะถูกใช้เพื่อประโยชน์แก่ผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น

1. คำนำหน้า.....ชื่อ.....นามสกุล.....
2. เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
3. วันเดือนปีเกิด.....
4. หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ.....
5. บุคคลอ้างอิง(ที่สามารถติดต่อได้).....เบอร์โทร.....
6. ที่อยู่ปัจจุบัน.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดนนทบุรี

7. การฉีดวัคซีน

- ยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีน
- ฉีดแล้ว 1 เข็ม
- ฉีดแล้ว 2 เข็ม

8. ต้องการฉีดวัคซีนเข็มต่อไปหรือไม่

หากต้องการระบุน้ำหนักวัคซีน สามารถระบุได้ แต่อาจมีผลต่อระยะเวลาการรอคิวเข้ารับการฉีดวัคซีน

- ไม่ต้องการฉีดวัคซีนใดๆ
- ต้องการฉีดวัคซีนยี่ห้อใดก็ได้ที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ
- ต้องการฉีดวัคซีนระบุน้ำหนัก

9. ระบุน้ำหนักวัคซีนที่ต้องการ

วัคซีนหลักในการให้บริการ ได้แก่ Aztra Zeneca , Pfizer , Moderna

- Aztra Zeneca
- Pfizer
- Moderna

10. ข้อคิดเห็น/คำแนะนำ/การขอความช่วยเหลือ

.....
.....
.....

(.....)

ผู้ให้ข้อมูล

(.....)

ตำแหน่ง.....