UBND TỈNH SÓC TRĂNG
SỞ GIAO THÔNG VẬN TẢI

Số:1294/SGTVT-QLVT,PTNL
V/v đăng ký tiêm vắc xin ngừa Covid-19

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Sóc Trăng, ngày 25 tháng 7 năm 2021

Kính gửi:
- Hiệp hội Doanh nghiệp tỉnh Sóc Trăng;
- Chủ các công ty, doanh nghiệp, cơ sở sản xuất, kinh doanh, trên địa bàn tỉnh Sóc Trăng.

Thực hiện Công văn số 30/BCĐ-UBND ngày 24 tháng 7 năm 2021 của Ban Chỉ đạo phòng, chống dịch Covid-19 tỉnh về việc đăng ký tiêm vắc xin ngừa Covid-19.

Sở Giao thông vận tải tỉnh Sóc Trăng đề nghị Hiệp hội Doanh nghiệp tỉnh Sóc Trăng thông báo đến các Công ty, doanh nghiệp, cơ sở sản xuất, kinh doanh trên địa bàn tỉnh có phương tiện vận chuyển hàng hóa đường dài (xe tải đi ngoài tỉnh) khẩn trương lập danh sách đăng ký tiêm vắc xin ngừa Covid-19 (theo mẫu Phụ lục đính kèm) cho tài xế, phụ xe, bóc xếp đi theo xe gửi về Sở Giao thông vận tải tỉnh Sóc Trăng (Số 20 Trần Hưng Đạo, phường 2, thành phố Sóc Trăng, tỉnh Sóc Trăng) đồng gửi theo địa chỉ hộp thư điện tử dosang079@gmail.com. Nếu gặp vướng mắc trong công tác tổng hợp, đề nghị các đơn vị liên hệ đ/c Đỗ Văn Sang – Số điện thoại: 02993.622611 để được hướng dẫn.

Sở Giao thông vận tải gửi Hiệp hội Doanh nghiệp và chủ các công ty, doanh nghiệp, cơ sở sản xuất, kinh doanh tỉnh Sóc Trăng để phối hợp./.

Nơi nhận:
- Như trên;
- UBND tỉnh;
- BCĐ phòng, chống dịch Covid-19 tỉnh;
- Sở Y tế;
- Lưu: VT, QLVT,PTNL.

KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC

SỞ GIAO THÔNG VẬN TẢI

Trương Trường Thanh

PHỤ LỤC 1

DANH SÁCH ĐĂNG KÝ TIÊM VẮC XIN COVID-19 *(Lập file exel)*
TẠI ĐƠN VỊ …….....

Địa chỉ cơ quan/đơn vị:

TT	Họ và tên *	Ngày tháng năm sinh	Tuổi	Giới	Loại hình phục vụ (Lái xe, phụ xe, bóc xếp)	Số GPLX ô tô	Đơn vị công tác	Số điện thoại *	Số CMT/ CCCD*	Số thẻ bảo hiểm y tế *	Địa chỉ nơi ở hiện tại *				Ngày tiêm mũi 1	Ngày tiêm mũi 2	Ghi Chú
											Số nhà/ Tổ	Xã/Phường/ Thị trấn	Huyện/Thị/ Thành phố	Tỉnh			
1		.../.../…													.../.../20...	.../.../20...	
2		.../.../…													.../.../20...	.../.../20...	
3		.../.../…													.../.../20...	.../.../20...	
4		.../.../…													.../.../20...	.../.../20...	

... , ngày …tháng… năm 202....
Đơn vị thực hiện tiêm chủng
(Ký tên, đóng dấu)

Người lập danh sách

PHỤ LỤC 2

Danh sách đâu môi liên hệ của đơn vị trong công tác tiêm văc xin COVID-19 tại đơn vị .....

Địa chỉ cơ quan/đơn vị:….....

TT	Tên đơn vị	Tên cán bộ đầu mối triển khai của đơn vị	Số điện thoại	Email
1				
2				
3				

Người lập bảng **Giám đốc/thủ trưởng**