

## طلب سجل التحصين / التطعيم

التاريخ: \_\_\_\_\_

الاسم الاول: \_\_\_\_\_ الاسم الأوسط - الاسم الأخير: \_\_\_\_\_  
(مطبوع)

اسم المريض (التوقيع): \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

اسم الوصي إذا كان الشخص أقل من 18 عامًا  
(مطبوع): \_\_\_\_\_

اسم الوصي: إذا كان الشخص أقل من 18 عامًا  
(التوقيع): \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

المدينة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_

رقم هاتف الاتصال: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

أطلب نسخة من سجل التحصين / التطعيم للشخص المذكور أدناه.

- أفهم أنه من أجل الحفاظ على سرية السجل، يجب توثيق هذا الطلب من قبل كاتب عدل إذا تم إرسال هذا النموذج بالبريد إلى العنوان المذكور أدناه.
- إذا تم تسليم هذا النموذج إلى مقدم الرعاية الصحية الحالي الخاص بي، فلن يكون التوثيق مطلوبًا.

العنوان البريدي: إدارة نيو هامبشاير للصحة والخدمات الإنسانية  
قسم خدمات الصحة العامة  
مكتب مكافحة الأمراض المعدية، برنامج التحصين  
29 هازن درايف  
كونكورد، NH 03301  
عناية: مسؤول التسجيل

توقيع المريض (ولي الأمر): \_\_\_\_\_

سجلت وأقسمت أمامي في هذا اليوم \_\_\_\_\_ من (شهر) \_\_\_\_\_ (سنة)

توقيع وختم كاتب العدل

تاريخ انتهاء ولايتي: \_\_\_\_\_

