

TAREHE: _____

JINA LA KWANZA: _____ JINA LA KATI _____ JINA LA MWISHO: _____
(limechapishwa)

JINA LA MGONJWA (saini): _____

TAREHE YA KUZALIWA: _____

JINA LA MLEZI ikiwa yuko chini ya
umri wa miaka 18 (limechapishwa): _____

JINA LA MLEZI ikiwa yuko chini ya
umri wa miaka 18 (saini): _____

ANWANI: _____

JJI: _____ JIMBO: _____ ZIP: _____

NAMBARI YA SIMU: (_____) _____

Naomba nakala ya rekodi ya chanjo kwa mtu aliyeorodheshwa hapa chini.

- **Ninaelewa kwa ajili ya kudumisha usiri wa rekodi, ombi hili lazima lijulikane na mthibitishaji rasmi ikiwa fomu hii itatumwa kwa anwani iliyoorodheshwa hapa chini.**
- **Ikiwa fomu hii inakabidhiwa mtoa huduma wangu wa afya wa sasa, uthibitishaji hauhitajiki.**

Anwani ya Barua: Kitengo cha Huduma za Afya ya Umma cha Idara ya Afya na
Huduma za Binadamu ya New Hampshire
Ofisi ya Udhbiti wa Magonjwa ya Kuambukiza, Mpango wa Chanjo
29 Hazen Drive
Concord, NH 03301
kwa.: Msimamizi wa Usajili

Saini ya Mgonjwa (Mzazi): _____

Amesajiliwa na kuapishwa mbele yangu siku hii ya _____ ya _____ (Mwezi), _____ (Mwaka),

Saini na Muhuri ya Mthibitishaji Rasmi

Tarehe ya Mkataba Wangu Unaisha: _____