

NGÀY: \_\_\_\_\_

TÊN: \_\_\_\_\_ TÊN ĐẼM \_\_\_\_\_ HỌ: \_\_\_\_\_  
(chữ viết hoa)

TÊN BỆNH NHÂN (chữ ký): \_\_\_\_\_

NGÀY SINH: \_\_\_\_\_

TÊN NGƯỜI GIÁM HỘ nếu người  
đó dưới 18 tuổi (chữ in hoa): \_\_\_\_\_

TÊN NGƯỜI GIÁM HỘ nếu người đó  
dưới 18 tuổi (chữ ký): \_\_\_\_\_

ĐỊA CHỈ: \_\_\_\_\_

THÀNH PHỐ: \_\_\_\_\_ TIỂU BANG: \_\_\_\_\_ MÃ ZIP: \_\_\_\_\_

SỐ ĐIỆN THOẠI LIÊN HỆ: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Tôi yêu cầu một bản sao của hồ sơ tiêm chủng/chủng ngừa cho người được liệt kê dưới đây.

- Tôi hiểu vì lợi ích của việc duy trì tính bảo mật hồ sơ, yêu cầu này phải được công chứng viên công chứng nếu biểu mẫu này được gửi đến địa chỉ được liệt kê dưới đây.
- Nếu biểu mẫu này được giao cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hiện tại của tôi, thì không cần công chứng.

Địa Chỉ Gửi Thư: Sở Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh New Hampshire  
Vụ Dịch Vụ Y Tế Công Cộng  
Cục Kiểm Soát Bệnh Truyền Nhiễm, Chương Trình Tiêm Chủng  
29 Hazen Drive  
Concord, NH 03301  
Người nhận: Nhân Viên Đăng Ký

Chữ Ký của Bệnh Nhân (Phụ Huynh): \_\_\_\_\_

Đã đăng ký và tuyên thệ trước tôi \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_ (Tháng), \_\_\_\_\_ (Năm)

Chữ Ký và Con Dấu của Công Chứng Viên

Ngày Bản Công Chứng của Tôi Hết Hiệu Lực: \_\_\_\_\_

