

免疫记录申请表

Immunization Record Request Form

为获取记录, 您需要提供适当的身份证明(例如驾照、州身份证明或护照)。

请在本申请中随附一份您身份证的复印件。

患者信息

| | | |
|--------------------|---------------|-----------------|
| 姓氏 Last Name | 名字 First Name | 中间名 Middle Name |
| 出生日期 Date of Birth | 地址 Address | |
| 城市 City | 州 State | 邮政编码 Zipcode |

申请人信息

| | | |
|--|-------------------|-----------------|
| 姓氏 Last Name | 名字 First Name | 中间名 Middle Name |
| 与患者的关系(自身、母亲等) Relationship to Patient | 地址 Address | |
| 城市 City | 州 State | 邮政编码 Zipcode |
| 电话 Phone | 传真 Fax | 电子邮箱 Email |
| 签名 Signature | 今日日期 Today's Date | |

电话: 215-685-5488

扫描与电子邮件: covid@phila.gov

邮件: PhilaVax

1101 Market St., 12th Fl.
Philadelphia, PA 19107

仅供官方使用 For Official Use Only:

Approved By: _____

Date: _____

Type of ID: _____

ID #: _____