



기록 검색을 위해 적절한 신원 확인이 필요합니다(예: 운전면허증, 주민등록증 또는 여권).

이 요청에 신분증 사본을 첨부하십시오.

환자 정보

| | | |
|--------------------|---------------|-------------------|
| 성 Last Name | 이름 First Name | 중간 이름 Middle Name |
| 생년월일 Date of Birth | 주소 Address | |
| 구/군/시 City | 시/도 State | 우편번호 Zipcode |

요청자 정보

| | | |
|--|--------------------|-------------------|
| 성 Last Name | 이름 First Name | 중간 이름 Middle Name |
| 환자와의 관계(본인, 모 등) Relationship to Patient | 주소 Address | |
| 구/군/시 City | 시/도 State | 우편번호 Zipcode |
| 전화번호 Phone | 팩스 번호 Fax | 이메일 Email |
| 서명 Signature | 오늘 날짜 Today's Date | |

전화번호: 215-685-5488

스캔 및 이메일: covid@phila.gov

우편: PhilaVax

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

공식적인 사용에 한함: For Official Use Only:

Approved By: _____

Date: _____

Type of ID: _____

ID #: _____