

방역 접종 기록 요청 양식

록기검색을 위해 적절한 신분증이 필요합니다 (예: 운전면허증, 주 신분증 (State ID) 또는 여권).

이 요청서에 신분증 복사본을 첨부하십시오.

예방 접종 기록 요청

COVID-19 백신 기록 요청

환자 정보

성	이름	중간 이름
생년월일	주소	
시	주	우편번호

요청자 정보

성	이름	중간 이름
환자와의 관계(본인, 모 등)	주소	
시	주	우편번호
전화번호	팩스 번호	이메일
서명	오늘 날짜	

팩스 번호:

215-238-6944

스캔 및 이메일:

PhilaVax@phila.gov

우편 주소:

PhilaVax

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

For Official Use Only:

(기관 관계자 기재란):

Approved By: _____

Date: _____

Type of ID: _____

ID #: _____