

# 방예 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](mailto: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 #: \_\_\_\_\_