

예방접종 기록 신청서

정자로 기입하십시오.

신청자 정보(귀하가 정보를 요청하는 대상자의 정보)

이름 중간 이름

성

출생 시 지정된 성 남성 여성 NYC에서 출생했습니까? 예 아니요

생년월일 (월/일/년) / / Medicaid 번호 (해당하는 경우)

전화번호 팩스 (기록을 팩스로 요청하는 경우)

주소 아파트

시 주 우편번호

신청자가 태어난 병원의 이름

의료 서비스 제공자의 이름

의료 서비스 제공자의 전화번호

신청자 모친의 정보

모친의 이름 모친의 결혼하기 전 성

/ / (첫 결혼 이전의 성)

모친의 생년월일 (월/일/년)

부모 정보 (신청자가 미성년자인 경우, 자녀와의 관계를 선택하십시오)

모친 부친 보호자 기타 (상세히 기재)

이름 성

이메일 주소 모국어 (영어가 아닌 경우)

이는 본인이 예방접종 기록 검색을 위해 위에 정보가 나열되어 있는 자녀와 부모, 보호자, 또는 기타 양육 관계에 있음을 증명하기 위한 것이며 그에 따라 본인은 해당 정보를 열람할 권한을 가지거나, 본인은 해당 기록과 관련된 개인입니다. 본인은 보건 및 정신위생부에 거짓, 허위 또는 오해의 소지가 있는 정보를 제출하는 것이 뉴욕시 보건법 §3.19를 위반하는 것임을 이해합니다. 본인은 이러한 위반이 발생할 때마다 뉴욕시 보건법 §3.11에 의거하여 최대 2,000달러 상당의 민사형 벌금에 처할 수 있음을 이해합니다.

기록을 우편 또는 팩스로 요청하는 방법:

- 신청서를 작성합니다.
- IDNYC 카드, 운전면허증 또는 여권 등의 유효한 사진 ID 사본을 첨부합니다.
- 작성한 신청서와 ID 사본을 다음 주소로 보내시기 바랍니다:

NYC DOHMH
Citywide Immunization Registry
42-09 28th Street, 5th Fl., CN 21
LIC, NY 11101-4132

또는 다음 번호로 팩스를 보내시기 바랍니다: 347-396-8840.

이 신청서를 이메일로 전송하지 마십시오.

우편으로 신청서를 보내는 경우 10영업일 이내에 답변을 받게 될 것입니다. 또는 팩스로 신청서를 보내는 경우 2영업일 이내에 답변을 받게 됩니다.

We help you call the shots!

For Official Use Only

Form Received on _/_/___

Status of Request:

Record Sent on _/_/___

Record Not Found

Record Found, No Vaccines

Form Incomplete

Staff Initials: _____

신청자 또는 부모의 서명 (신청자가 미성년자인 경우)

날짜

더 자세한 정보 또는 이 서식의 출력본을 요청하려는 경우, 311번으로 전화하거나 nyc.gov/health/cir을 방문, 또는 cir@health.nyc.gov 로 이메일을 보내시기 바랍니다.