

免疫接種記錄要求申請

盡可能以英文填寫資料。請以正楷書寫清楚。

申請人的資訊 (您要求索取的人員資訊)

名字	中間名		
姓氏			
出生性別	男性 女性	於紐約市出生?	是 否
出生日期 (月、日、年)	Medicaid 號碼 (若適用)		
電話號碼	傳真 (若您透過傳真索取記錄)		
地址		公寓	
城市	州	郵遞區號	
申請人出生的醫院名稱			
醫療照護提供者的姓名			
醫療照護提供者的電話號碼			

申請人母親的資訊

母親的名字	母親的婚前姓氏
母親的出生日期 (月、日、年)	(首次結婚前的姓氏)

父母資訊 (若申請人未成年，選擇您與該兒童的關係。)

母親 父親 監護人 其他 (請註明)

名字	姓氏
電子郵件地址	主要語言 (若非英語)

在此證明我是上述所列免疫接種記錄搜尋資訊之兒童的父母、監護人或有監護關係的其他人士；因此，我有權檢視該資訊；或我是記錄相關的個人。我了解提交偽造、不實或誤導的資訊給紐約市健康與心理衛生局係違反《紐約市衛生法案》第 3.19 節。我進而了解根據《紐約市衛生法案》第 3.11 節，每起違規將處以最高 2,000 美元的民事罰款。

申請人或父母的簽名(若申請人未成年) 日期

如需更多資訊，或索取此表單的列印副本，請撥打 311、造訪 nyc.gov/health/cir 或發送電子郵件至 cir@health.nyc.gov。

透過郵件或傳真索取記錄的指示：

1. 填寫申請書。
2. 附上有效的帶有照片的身份證副本 (例如 IDNYC 卡、駕照或護照)。
3. 將填寫完成的申請書與身份證副本郵寄到：

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

或傳真至 347-396-8840。

請勿以電子郵件傳送此申請書。

若是透過郵件提交申請書，您會在十個工作日內得到回覆，若是透過傳真提交申請書，則是在兩個工作日內得到回覆。

We help you call
the shots! 

官方填寫

Form Received on ___/___/___
Status of Request:
 Record Sent on ___/___/___
 Record Not Found
 Record Found, No Vaccines
 Form Incomplete
Staff Initials: _____