

मिति: \_\_\_\_\_

पहिलो नाम: \_\_\_\_\_ बीचको नाम: \_\_\_\_\_ थर: \_\_\_\_\_  
(लेखिएको)

बिरामीको नाम (हस्ताक्षर): \_\_\_\_\_

जन्ममिति: \_\_\_\_\_

यदि व्यक्ति 18 वर्षभन्दा कम उमेरको हुनुहुन्छ  
भने, अभिभावकको नाम (लेखिएको): \_\_\_\_\_

यदि व्यक्ति 18 वर्षभन्दा कम उमेरको हुनुहुन्छ  
भने, अभिभावकको नाम (हस्ताक्षर): \_\_\_\_\_

ठेगाना: \_\_\_\_\_

शहर: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ जिप: \_\_\_\_\_

सम्पर्क फोन नम्बर: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

मैल तल सूचीकृत व्यक्तिको लागि प्रतिरक्षण/खोपको रेकर्डको प्रतिलिपि अनुरोध गर्छु।

- रेकर्डको गोपनीयता कायम राख्ने हितमा यो फाराम तल सूचीबद्ध गरिएको ठेगानामा पत्राचार गरिन्छ भने, यो अनुरोधलाई नोटरी पब्लिकद्वारा हस्ताक्षर गरिएको हुनुपर्छ भन्ने कुरा मैले बुझ्दछु।
- यो फाराम मेरो हालको स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकलाई हस्तान्तरण गरिन्छ भने, हास्ताक्षर गर्न आवश्यक हुँदैन।

पत्राचार ठेगाना: न्यू ह्याम्पशायर स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभाग  
सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवा विभाग  
संक्रामक रोग नियन्त्रण ब्यूरो, प्रतिरक्षण कार्यक्रम  
29 Hazen Drive  
Concord, NH 03301  
प्रापक: रजिस्ट्रि प्रशासक

बिरामी (आमाबुवा) को हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

सदस्यता लिएर मेरो अगाडि निम्न मिति \_\_\_\_\_ दिन \_\_\_\_\_ (महिना) \_\_\_\_\_ (वर्ष) मा सपथ लिए

नोटरीको हस्ताक्षर तथा छाप

मेरो नियुक्ति समाप्त हुने मिति: \_\_\_\_\_