|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **C:\Users\halvaeit1\Desktop\آرم ها\263345.jpg** |  | شماره:تاریخ :پیوست: |

**تولید، پشتیبانی ها، مانع زدایی ها**

**مقام معظم رهبری**

**فرم شماره 2**

|  |
| --- |
| فرم درخواست ثبت ساقه تزریق واکسن کووید-19 در خارج از کشور  |
| توجه فرمایید: * این فرم صرفاً برای افرادی که یک یا دو نوبت واکسن در خارج از کشور دریافت کرده و مدارک معتبر ارائه داده اند تکمیل گردد.
 |
| دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی  |  |
| **مشخصات خدمت گیرنده**  |
| نام ونام خانوادگی:  | Full Name: |
| کد ملی : | Passport NO: |
| تاریخ تولد :  | Birth Date: |
| شماره تماس:  |  |
| **اطلاعات واکسن دریافتی ( نوبت اول)**  |
| برند واکسن تزریق شده :  |  |
| شماره سری ساخت ( Batch Number) در صورت وجود  |  |
| تاریخ تزریق ( به میلادی)  |  |
| کشور محل تزریق  |  |
| **اطلاعات واکسن دریافتی ( نوبت دوم)**  |
| برند واکسن تزریق شده :  |  |
| شماره سری ساخت ( Batch Number) در صورت وجود  |  |
| تاریخ تزریق ( به میلادی)  |  |
| **اطلاعات واکسن دریافتی ( نوبت سوم)** |
| برند واکسن تزریق شده :  |  |
| شماره سری ساخت ( Batch Number) در صورت وجود  |  |
| تاریخ تزریق ( به میلادی)  |  |
| کشور محل تزریق  |  |
| **سمت** | **نام و نام خانوادگی** | **تاریخ و امضاء** |
| **معاونت محترم بهداشت** **دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات درمانی**  |  |  |
| **رئیس محترم اداره بازرسی و ارزیابی عملکرد دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات درمانی**  |  |  |
| **رئیس محترم مرکز حراست** **دانشکده/ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی**  |  |  |
| **مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان** |  |  |
| **معاون بهداشتی/رئیس مرکز بهداشت شهرستان** |  |  |
| **رئیس حراست شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان** |  |  |
| * **امضاء از طرف به هیچ عنوان مورد پذیرش نیست**
 |