|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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** | | |