



အသက်မပြည့်သူများအား ဖိုက်ဇာ (Pfizer) COVID-19 ကာကွယ်ဆေးထိုးခံရန်အတွက် ကျိုးကြောင်းသိရှိ သဘောတူညီချက်

ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏ ကလေး သို့မဟုတ် တရားဝင်အုပ်ထိန်းရသူနှင့်အတူ ကာကွယ်ဆေးထိုးပေးသည့် ဆေးခန်းသို့ မလာနိုင်ပါ။ ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏ကလေးအား ကာကွယ်ဆေး _____ ထိုးပေးရန်အတွက် ခွင့်ပြုပါသည်။

ကျွန်ုပ်သည် ဖိုက်ဇာ (Pfizer) ကိုဗစ်-19 ကာကွယ်ဆေး နှင့်ပတ်သက်သော “အရေးပေါ်အသုံးပြုရန် ခွင့်ပြုချက် အချက်အလက်စာရွက်” သို့မဟုတ် “အချက်အလက်စာရွက်ကို နားလည်သဘောပေါက်ခြင်း” ကို ကြည့်ခွင့်ရပြီး ဖတ်ရှုလေ့လာပြီး ဖြစ်ပါသည်။ ကာကွယ်ဆေး သို့မဟုတ် ကာကွယ်ဆေးထိုးလုပ်ငန်းစဉ် အကြောင်း အချက်အလက်များ ပိုမိုလိုအပ်လျှင် ကျွန်ုပ်၏ကလေးကို ခေါ်လာသောသူက ကာကွယ်ဆေးထိုးပေးသူတစ်ယောက်နှင့် ပြောဆိုရန် ကျွန်ုပ်အား ဖုန်းဖြင့်ဆက်သွယ်နိုင်ပါလိမ့်မည်။

ဝက်ဘ်ဆိုက်ဒ်ပေါ်တွင် “အချက်အလက်စာရွက်” နှင့် “ဆန်းစစ်မေးခွန်းလွှာ” တို့ကို ရှာဖွေပါ - multco.us/COVIDFamilyForms

အောက်ပါတို့မှ တစ်ခုကို အမှန်ခြစ်ပေးပါ

_____ ကျွန်ုပ်သည် စိစစ်ရေး မေးခွန်းလွှာကို ပရင့်ထုတ်ပြီး / ဖြည့်စွက်ပြီး ကလေးနှင့်အတူ ထည့်ပေးလိုက်ပါမည်

_____ ကျွန်ုပ်၏ကလေးကို ခေါ်လာသူသည် စိစစ်ရေး မေးခွန်းလွှာအတွက် လိုအပ်သော ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို သိရှိပါသည် သို့မဟုတ် အချက်အလက်များလိုပါက ကျွန်ုပ်ကို ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်

မိဘ ဖုန်းနံပါတ် - _____

ကျွန်ုပ်သည် ကာကွယ်ဆေး၏ အန္တရာယ်များ နှင့် အကျိုးကျေးဇူးများကို သိရှိပြီးဖြစ်ကာ အရေးပေါ်အခြေအနေတွင် အသုံးပြုရန် ခွင့်ပြုခြင်းအရကျွန်ုပ်၏ ကလေးအား ဖိုက်ဇာ ဘိုင်အိုအန်တက် (Pfizer BioNTech) ကာကွယ်ဆေးကို အထိုးခံရန် ခွင့်ပြုပါသည်။

_____ ကလေး ၏ အမည် အပြည့်အစုံ

_____ ကလေး၏ မွေးရက် (ကလေးသည် အနည်းဆုံး အသက် 5 နှစ်ရှိရပါမည်)

_____ မိဘ သို့မဟုတ် တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ ၏ အမည်

_____ လက်မှတ်

_____ ယနေ့ ရက်စွဲ

မှတ်ချက် - ကာကွယ်ဆေးထိုးလုပ်ငန်းစဉ် တလျှောက်လုံးတွင် လူငယ်နှင့်အတူ အရွယ်ရောက်လူကြီးတစ်ယောက် အတူရှိနေရန် လိုအပ်ပါသည်။