

## فرم کارنامه سلامت

نام و نام خانوادگی ..... کد ملی .....

۱- واکسن دوز اول  دوز دوم  زده ام

۲- فرم کارنامه سلامت را تکمیل نموده ام

کد رهگیری تکمیل فرم سلامت .....

نام و نام خانوادگی - امضا