

# কানেকটিকাট টিকাদান তথ্য সিস্টেম (সিটি ড্রিউ আই জেড)

কানেকটিকাট জনস্বাস্থ টিকাদান কর্মসূচী বিভাগ

৪১০ ক্যাপিটাল অ্যাভিনিউ এমএস ১১ মুন, হার্টফোর্ড, সিটি ০৬১৩৮ - ০৩৪৮ ফোন: ৮৬০ - ৫০৯ - ৭৯২৯ ফ্যাক্স: ৮৬০-৭০৭-১৯২৫

Website: <https://portal.ct.gov/DPH/Immunizations/ALL-ABOUT-CT-WiZ>



## সিটি ড্রিউ আই জেড এর কার্যবলি:

- যদি আপনার টিকার ডোজ বাকি থাকে তা আপনার ডক্টরকে জানানো;
- আপনার ডক্টরকে আপনার টিকার ডোজ সম্পর্কিত রেকর্ড গুলা দেয়া যদি সেগুলা নষ্ট হয়ে যায়, যদি আপনি ক্লিনিক পরিবর্তন করেন অথবা ক্লিনিকটি কোনো কারণে বন্ধ হয়ে যায়;
- আপনাকে / আপনার ডাক্তারকে ডে কেয়ার, স্কুল, ক্যাম্প, কলেজ বা কাজের জন্য প্রয়োজনীয় সরকারী টিকাদান বিষয়ক রেকর্ড দেয়া।

## এই তথ্যগুলো গোপন রাখা হবে

সিটি এর সাধারণ আইনসমূহের এস১৯৯৭-৭এইচ-৪ প্রবিধান অনুসারে

## সিটি ড্রিউ আই জেড নিবন্ধন ফর্ম

যোগাযোগ: জনস্বাস্থ বিভাগ, টিকাদান কর্মসূচি, ৪১০ ক্যাপিটাল অ্যাভিনিউ এমএস ১১ মুন, হার্টফোর্ড, সিটি ০৬১৩৮ বা ফ্যাক্স: ৮৬০-৭০৭-১৯২৫

নাম \_\_\_\_\_  
 (প্রথম অংশ) (মধ্যবর্তী অংশ) (শেষ অংশ) জন্মতারিখ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ লিঙ্গ: পুরুষ মহিলা ট্রান্সজেন্ডার  
 মাস দিন বছর (দয়া করে একটিতে চূড়ান্ত অক্ষন করুন)

ঠিকানা \_\_\_\_\_ বিভাগ \_\_\_\_\_ জিলা \_\_\_\_\_ জিপ কোড \_\_\_\_\_

ব্যক্তিগত ফোন # (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ বাসার ফোন # (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

ইমেল \_\_\_\_\_ কর্মস্থলের ফোন # (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

ডাক্তার এর নাম \_\_\_\_\_ ক্লিনিকের নাম \_\_\_\_\_ ক্লিনিক যে শহরে অবস্থিত \_\_\_\_\_

পিতামাতার / অভিভাবকের নাম (যদি নাবালক হয়) \_\_\_\_\_  
 (প্রথম অংশ) (মধ্যবর্তী অংশ) (শেষ অংশ)

ব্যক্তিগত ফোন # (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ বাসার ফোন # (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

ইমেল \_\_\_\_\_ কর্মস্থলের ফোন # (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

পিতামাতার / অভিভাবকের নাম (যদি নাবালক হয়) \_\_\_\_\_  
 (প্রথম অংশ) (মধ্যবর্তী অংশ) (শেষ অংশ)

ব্যক্তিগত ফোন # (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ বাসার ফোন # (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

ইমেল \_\_\_\_\_ কর্মস্থলের ফোন # (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

স্বাক্ষর কেবলমাত্র আপনি যদি নিবন্ধিত না হতে চান সেক্ষেত্রে প্রয়োজন . আপনি যদি তালিকাভুক্ত হতে না চান, আপনাকে অবশ্যই সিটি ড্রিউ আই জেড থেকে বেরিয়ে আসার জন্য একটি স্বাক্ষরিত লিখিত অনুরোধ পাঠাতে হবে। অনুগ্রহ করে আপনার সম্পূর্ণ নাম এবং জন্ম তারিখ অন্তর্ভুক্ত করুন। এটি বেছে নেওয়ার মাধ্যমে, আপনার শট রেকর্ডটি আর সিটি ড্রিউ আই জেড এ থাকবে না।

যোগাযোগ: জনস্বাস্থ বিভাগ, টিকাদান কর্মসূচি, ৪১০ ক্যাপিটাল অ্যাভিনিউ এমএস ১১ মুন, হার্টফোর্ড, সিটি ০৬১৩৮ বা ফ্যাক্স: ৮৬০-৭০৭-১৯২৫