

康涅狄格州免疫信息系统 (CT WiZ)

康涅狄格州公共卫生免疫计划部

410 Capitol Ave, MS 11 MUN Hartford, CT 06134-0308 电话: 860-509-7929 传真: 860-707-1925

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



CT WiZ 可以:

- 让您的医生知道您是否应该注射疫苗;
- 如果您的记录被销毁, 更换诊所或诊所关闭, 请您/您的医生提供您的疫苗接种记录;
- 向您/您的医生提供日托、学校、营地、大学或工作所需的正式免疫记录。

根据总规第s19a-7h-4条法规

这些信息将被保密

CT WiZ 申请表格

邮寄至: 公共卫生部, 免疫规划, 410 Capitol Avenue MS 11 MUN, Hartford, CT 06134 或 传真至: 860-707-1925

姓名_____	出生日期_____ / _____ / _____	性别: 男 女 跨性别
(姓)	(名)	(请圈出一个)
地址_____	城镇_____	州_____ 邮政编码_____
手机 # (_____)_____	住家电话 # (_____)_____	
电子邮件_____	工作电话 # (_____)_____	
医生姓名_____	诊所名称_____	诊所位置_____
父母/监护人姓名 (如果该申请者未成年) _____		
(姓)	(名)	
手机 # (_____)_____	住家电话 # (_____)_____	
电子邮件_____	工作电话 # (_____)_____	
父母/监护人姓名 (如果该申请者未成年) _____		
(姓)	(名)	
手机 # (_____)_____	住家电话 # (_____)_____	
电子邮件_____	工作电话 # (_____)_____	

只需要签名既能退出。如果您不想注册, 您必须发送已签字的书面请求以选择退出CT WiZ。

请提供您的全名和出生日期。通过选择退出, 您的疫苗接种记录将不再在CT WiZ中。

邮寄至: 公共卫生部, 免疫规划, 410 Capitol Avenue MS 11 MUN, Hartford, CT 06134 或 传真至: 860-707-1925