



더블린시 교육구

예방 접종 면제서

Immunization Exemption

Students
5320 F2
Revised 12/1/17
Korean

- 섹션 I 은 학부모/보호자가 작성합니다
- 의료 면제가 있을 경우 섹션 II 는 의료 제공자가 작성합니다.
- 완료되면 학교 간호사에게 반환

I. 학부모/보호자 섹션

자녀의 이름: _____ 생년월일: _____

주소: _____ 학교: _____

의무 예방 접종법 (Ohio Revised Code, Section 3313.67 and 3313.671)에 따라 나는 아래에 명시된 이유로 자녀의 다음의 질병(들)에 대한 예방 접종에 이의를 제기한다는 것을 본인 서명으로 나타냅니다.

소아마비 디프테리아/파상풍/백일해 (DTP) 홍역 유행성 이하선염 풍진

헤모필루스 인플루엔자 B 형 간염 파상풍/디프테리아/백일해(Tdap) 수두 수막구균

면제 사유 _____

나는 위에 표시한 전염성 질병(들)이 발생하는 경우 오하이오 보건부의 요구에 따라 자녀가 학교에서 제외 될 수 있고, 이 제외 기간은 몇 주에 걸쳐 연장될 수 있는 발생기간 동안 지속될 수 있음을 알고 있습니다.

학부모/보호자 서명: _____

날짜: _____

II. Health care provider section

Please check contraindicated immunizations for medical exemption.

Polio Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTP) Measles Mumps Rubella

Hib Hepatitis-B Tdap Varicella (Chickenpox) Meningococcal

Reason for medical exemption: _____

Time frame for medical exemption: _____

Provider signature/title: _____ Date: _____

(ONLY required when this is a medical exemption)