



ראש שרותי בריאות הציבור

Director of Public Health Services

**משרד  
הבריאות**

לחיים בריאים יותר

תאריך: \_\_\_\_\_

אל: המרפאה לחיסון עובדי בריאות

**הנדון : הצהרה על קבלת חיסונים ועל מחלה בעבר\***

אני מצהיר/ה כי קיבלתי את כל החיסונים שניתנים בתחנות "טיפת חלב" ובבתי הספר או ביום הגיוס לצה"ל.

1. מנת חיסון אחרונה נגד דיפתריה וטטנוס קבלתי בשנת \_\_\_\_\_.
2. מנת חיסון אחרונה של חיסון נגד שיתוק ילדים קבלתי בשנת \_\_\_\_\_.
3. אני מצהיר/ה שחליתי באבעבועות רוח.

\*סמן את ההצהרה המתאימה

שם המצהיר/ה: \_\_\_\_\_

מספר ת.ז: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_