



KARTU VAKSINASI COVID-19



No. Registrasi : _____ No. NIK : _____

Nama Lengkap : _____

Alamat : _____

Tanggal Lahir : _____

Jenis Kelamin : _____

No. HP : _____

Lokasi Menerima : **BIDDOKKES POLDA BANTEN**

(disarankan menerima vaksinasi di lokasi yang sama pada kunjungan 1 dan 2)

2020



STATUS PEMBERIAN VAKSINASI



DOSIS	TANGGAL	NOMOR BATCH VAKSIN	KETERANGAN
			Rencana dosis ke-2 Tanggal : Jam :

Pastikan Anda mendapatkan 2 dosis vaksin COVID-19 untuk memperoleh kekebalan maksimal.

Call Center:
119 ext 9

Apabila ada keluhan atau gejala yang timbul setelah vaksinasi, maka dapat menghubungi faskes _____ dengan nomor telepon _____.