

نوبت واکسن	وقوع عارضه	نوع عارضه	تزریق واکسن	نام واکسن	شهر	شماره همراه	جنسیت	تاریخ تولد	کد ملی	نام بیمار
1	1401/08/10	تب	1401/08/01	فایزر	ارومیه	09345345435	مرد	1300/01/31	3244545345	یسپسیب سیپسیب