



예방접종 실행 계획

버지니아주법에 따라 모든 학생은 Fairfax 카운티 공립학교 (FCPS)에 등록/입학하기 전에 특정 전염병에 대한 예방접종을 받아야 합니다.

자녀의 기록을 검토한 결과 예방접종이 누락되었거나 예방접종의 간격이 잘못된 것으로 나타났습니다.

필수 예방접종에 대한 의학적 또는 종교적 면제 기준을 충족하는 학생들은 다음 중 하나를 학교에 제출할 수 있습니다:

- 영구 또는 임시의 의학적 면제에 대한 의료 서비스 제공자의 서면 진술서.
- 종교적 교리 또는 관행과 상충하는 이유로 예방접종 실행을 반대하는 공증된 [종교적 면제 양식](#).

FCPS 규정 2107에 따라 조건부 등록 후 90일 이내에 필수 예방접종을 받지 못하면 완료 계획이 수립될 것입니다.

아래의 계획을 작성하여 자녀의 학교, _____ 의 _____ 에게 제출하시기 바랍니다.
(school) (Name of SIA/Registrar)

질문이 있거나 추가의 지원이 필요하시면 _____ 에게 _____ (으)로 연락하시기 바랍니다.
(Name of SIA/Registrar) (email/phone number)

학생 이름 (첫 이름, 성):	학생 생년월일:	학생 번호:	학교:
이는 본인의 자녀가 아래에 명시된 계획에 따라 예방접종을 받을 것임을 증명하기 위한 것입니다. 본인은 자녀가 예방접종을 받은 후 3일 이내에 업데이트된 예방접종 기록을 자녀의 학교에 제공해야 합니다. 본인은 예방접종과 기록이 없으면 자녀가 학교에서 제외된다는 것을 이해합니다.			
예약일(들): _____ <input type="checkbox"/> 예방접종을 받을 예약 날짜들을 학부모/보호자가 구두로 _____ 에 제공하였고 <small>(Date)</small> _____ (이)가 실행 계획에 기록하였음. <small>(Staff Member/Title)</small>			
상기 예약일(들)에 접종할 백신(들) :			
<input type="checkbox"/> Diphtheria, Pertussis, Tetanus (DTaP/Dt/Td) <small>(디프테리아, 백일해, 파상풍)</small>		<input type="checkbox"/> Varicella (Chicken Pox) <small>(수두)</small>	
<input type="checkbox"/> Poliovirus (IPV) <small>(소아마비)</small>		<input type="checkbox"/> Diphtheria, Pertussis, Tetanus Booster (Tdap) <small>(디프테리아, 백일해, 파상풍 추가 접종)</small>	
<input type="checkbox"/> Hepatitis A <small>(A형 간염)</small>		<input type="checkbox"/> Meningococcal (MenACWY) <small>(수막구균)</small>	
<input type="checkbox"/> Hepatitis B <small>(B형 간염)</small>		<input type="checkbox"/> Measles, Mumps, Rubella (MMR) <small>(홍역, 유행성 이하선염, 풍진)</small>	
<input type="checkbox"/> Human Papillomavirus (HPV)* <small>(인간 유두종 바이러스)</small>			
<small>* 학부모 또는 보호자는 자유 재량으로 자녀에게 HPV 백신을 접종하지 않겠다는 결정을 할 수 있음. 백신 접종 서류 또는 면제 서류는 필요하지 않음.</small>			
의료 서비스 제공자의 성명:		의료 서비스 제공자의 전화번호:	
학부모/보호자 성명 (정자로 기재):		* 학부모/보호자 서명:	* 날짜:

*** 예방접종 예약 날짜는 학부모/보호자가 구두로 제공하고 FCPS 직원이 계획에 기록할 수 있음.**

학교의 SIA (학생 정보 담당 사무보조원)/SSA(사회 서비스 보조원)/등록 담당인은 이 양식을 학생의 누적 폴더의 건강 섹션에 보관할 것입니다.