



GOVERNMENT OF GUAM
DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH AND SOCIAL SERVICES
DIPATTAMENTON SALUT PUPBLEKO YAN SETBISION SUSIAT

LOURDES A. LEON GUERRERO
 GOVERNOR, MAGA'HAGA'

JOSHUA F. TENORIO
 LT. GOVERNOR, SIGUNDO MAGA'LAHI

ARTHUR U. SAN AGUSTIN, MHR
 DIRECTOR

LAURENT SF DUENAS, MPH, BSN
 DEPUTY DIRECTOR

TERRY G. AGUON
 DEPUTY DIRECTOR

**DECLARATION OF INDIVIDUAL ATTESTING TO COVID-19 VACCINATION IN
 SUPPORT OF REQUEST TO BE EXEMPT FROM QUARANTINE**

I, _____, make this declaration on _____,
 and do hereby certify under penalty of perjury that:

- (1) I have been fully vaccinated as defined in the DPHSS Travel Guidance Memo -
 2020-11 rev 11;
- (2) with _____ ;
- (3) with my second dose received on _____ at _____;
- (4) or single dose received on _____ at _____.

I UNDERSTAND AND ACKNOWLEDGE that, if any fact stated in this Declaration is
 false, I may be subject to criminal penalties.

 Declarant's Signature

■ 注意 ■

こちらは日本語訳確認用のページとなります
ご記入の際は、**英字の書面**をご利用ください



ルルデス・A・レオン・ダレロ
ガバナー、マガホーガの

JOSHUA F. TENORIO
LT. ガバナー、シグンド・マガリマヘ

グアム政府

Department of Public Health and Social Services

ディパルタメントンサルットプブブルコヤンセットビジョンスリアット



アーサー・U・サン・アグスティン、
MHR
ディレクター

ローレン・スイス・デュエナス、
MBA, BSN
副部長

TERRY G. AGUON (テリー・G・ア
グオン
副部長

検疫免除の要請を裏付けるCOVID-19ワクチン接種を証明する宣言書

私、_____ (氏名) は、 _____ (日付)
に宣言致します。

偽証罪によって罰せられるという条件で、以下のことを証明します。

- (1) 私は、DPHSS Travel Guidance Memo 2020-11 rev 11で規定されている通りに完全にワクチン接種を終了しています。
- (2) 接種会場・医療機関： _____
- (3) 私は2回目の接種を _____ (日付) 、 _____ で接種しました。
- (4) または、単回接種にて _____ (日付) 、 _____ で接種しました。

私は、この宣言書に記載された事実が虚偽であった場合、私が刑事罰の対象となる可能性があることを理解し、了承します。

宣言者の署名 _____