田纳西州

卫生局

传染病和环境病服务中心

结核病消除计划

日期：

收件人：

欢迎您来到田纳西州！

我们收到美国疾病预防和控制中心全球移民与检疫司通过**美国联邦移民暨海关执法局**送来的通知，获悉您现在的居住地址和您的保荐人信息如下：您目前居住在 _____，您的保荐人是 _____。

(街道，城市，邮递区号 / Street, City, Zip code) (保荐人姓名，若有 / Sponsor's name, if applicable)

为了办理您的移民手续，您必须到田纳西州卫生局来做结核病 (TB) 检查。田纳西州卫生局必须出具您的体检表格。我们必须将您的体检结果通报给全球移民与检疫司；如果您不来卫生局做体检，我们也必须告诉全球移民与检疫司。

请打电话给下面所列的当地卫生部门，安排体检时间：

卫生部门名称： _____

地址： _____

电话号码： _____

按照约定时间去做体检时，请随身携带此信函以及所有的 X 光片和医疗记录。如果您已迁移到外州或居住在另一个地址，请联系上面所列的卫生部门。

顺致敬意，

_____ _____

(姓名 / Name) (职称 / Title)