

FAX 088-676-2366

◆この用紙は、聴覚に障がいがある方など、電話でのご相談が難しい方専用です。

下記の項目にご記入ください。

送 信 日	年 月 日	
相 談 者	氏 名	年 齢 歳
	住 所	板野郡藍住町
	連 絡 先	【FAX 番号】
		【電話番号】
接 種 予 約	希望日時	第 1 希望 月 日() 時 分
	及び	第 2 希望 月 日() 時 分
	接種希望	第 3 希望 月 日() 時 分
	場所	接種希望(町内医療機関)_____
相談内容		
※具体的にご記入		
ください。		

・FAXでのお問い合わせは、回答までにお時間をいただく場合がございます。

・ご相談いただきました内容によっては繰り返しお伺いさせていただく場合がございます。