

新型コロナウイルスワクチン接種に関する相談用紙  
(聴覚障がいがあるなど電話での相談が難しい方専用)

送信日時	令和 年 月 日( ) 午前・午後 時 分
ふりがな	
名前	
住所	〒 —
	東員町
連絡先	希望する連絡方法(FAX・メール)に「レ」を入れて、連絡先を記入してください。
	<input type="checkbox"/> FAX ( — — ) ※必ず市街局番から ご記入ください。
	<input type="checkbox"/> メール @

①相談は誰に関するのですか。□にレを入れて、その方の生年月日をご記入ください。

自分 家族(間柄: ) その他( )

生年月日(明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日)

②新型コロナウイルスワクチン接種に関する相談内容

※ FAXによる相談は平日の午前8時15分から午後5時までとなります。  
※質問の内容や送信時間によっては、回答に時間をいただく場合があります。ご了承ください。