

・この用紙は、聴覚に障害のある方など、電話でのご相談が難しい方専用です。

・回答の返信は、内容によりお時間をいただくことがあります。

下記の項目にご記入の上、送信してください。

送信日		令和3年	月	日	午前・午後	時	分
相談者	氏名						
	住所	ながさきし 長崎市					
	年齢	歳					
	連絡先	【FAX番号】					
		【電話番号】					
		【メールアドレス】					
ワクチン接種の回数 など	<input type="checkbox"/> 接種していない <input type="checkbox"/> 1回接種した【いつ: 令和3年 月 日】 <input type="checkbox"/> 2回接種した【いつ: 令和3年 月 日】						
	ワクチン接種の種類	<input type="checkbox"/> ファイザー社 <input type="checkbox"/> アストラゼネカ社 <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ社					
	相談内容	※具体的に書いてください。					