**（メールアドレス****kenko@city.miyoshi.hiroshima.jp****）**

**三次市健康推進課宛て（FAX　０８２４－６２－６３８２）**

新型コロナウイルスワクチンに係るFAX相談票

（聴覚に障害のある方など電話での相談が難しい方用）

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日時 | 令和３年　　月　　日（　）午前・午後　　時　　分 |
| **自宅のFAX番号****（必須）** | （　　　　　　）　　　－　　　　　　　　 |
| ふりがな |  |
| あなたの氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※匿名可 |
| 住　所 | （あなたの住所）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※匿名可 |

|  |  |
| --- | --- |
| 相談したいこと | ※自由記載でおねがいします　記載例）新型コロナワクチンはどこで接種ができますか。 |

※障害のある方向けに作成しておりますが，用紙はどなたでもご利用いただけます

※FAXで相談される場合は，FAX番号を必ず明記してください

※回答までに，日数を要する場合があります。あらかじめご了承ください