

送信先 F A X 2 2 6 - 9 9 8 2 (長野市保健所健康課)

コロナワクチン接種に関する
相談専用 F A X (聴覚・言語障害者用)

令和 年 月 日

氏 名	
生年月日	T/S/H 年 月 日 (歳)
住 所	長野市
F A X	
ワクチンについて	<input type="checkbox"/> まだ接種していない <input type="checkbox"/> 1回接種した(いつ: 月 日) <input type="checkbox"/> 2回接種した(いつ: 月 日)
相談内容	<input type="checkbox"/> 接種の場所や日時が分からない <input type="checkbox"/> ワクチン接種の予約方法がわからない <input type="checkbox"/> 病院・医院に通っていない <input type="checkbox"/> 病院・医院のFAX番号がわからない 病院・医院の 名 前 _____ <input type="checkbox"/> クーポン券(接種券)をなくした <input type="checkbox"/> その他(具体的に書いてください)