新型コロナワクチン　FAX相談票

（様式１）

送信先	秋田県聴覚障害者支援センター　FAX 018-862-1820				
送信年月日	令和　　年　　月　　日				
お名前	（ふりがな：　　）	性別		年令	才
連絡先	FAX番号：				
住所					

※　新型コロナワクチンに関して、医学的知見が必要となる専門的な相談など（ワクチン接種のリスクや副反応の事例など）市町村では対応困難な問い合わせがある場合は、その内容を記載してください。

ワクチン接種の体制、時期や場所、予約などについては、居住地の市町村へお問い合わせください。

なお、緊急の相談には対応できません。また、回答までに時間を要する場合があります。

〇相談内容（自由記載）