

言語・聴覚に障がいのある方 等 向け

新型コロナウイルスワクチン接種に関するご相談・お問い合わせについて

【 F A X : 0 2 6 5 - 9 8 - 7 5 6 7 】

伊那市では、新型コロナウイルスワクチン接種に関するご相談・お問い合わせ（副反応、基礎疾患や薬の服用等専門的な相談を除く）について、F A Xを受け付けています。

ご相談・お問い合わせのある方は、以下にご記入のうえ「F A X : 0 2 6 5 - 9 8 - 7 5 6 7」へお送りください。折り返し、F A Xによりご回答させていただきます。

送 信 日	年 月 日
住所・氏名・連絡先	住 所 : _____ 氏 名 : _____ (男・女) 歳 F A X 番号 : _____
1 ご相談・ お問い合わせ内容	<input type="checkbox"/> 予約について <input type="checkbox"/> ワクチン接種について <input type="checkbox"/> その他
2 具体的な内容	