

しんがたころなういるすわくちんせつしゅかんするそうだんようし
 新型コロナウイルスワクチン接種に関する相談用紙

※この用紙は、聴覚に障害がある方など、電話での相談が難しい方専用です

そうしんさき 送信先	いばらきけんちよう 茨城県庁 いばらきけんしんがたころなういるすわくちんせつしゅちーむゆき 茨城県新型コロナウイルスワクチン接種チーム行き うけつけじかん <input type="checkbox"/> 受付時間 平日8時30分から 17時 ふあくしみりばんごう <input type="checkbox"/> ファクシミリ番号 029-301-3139 そうだんないよう ※相談内容によっては、お返事が遅くなりますので、あらかじめご りようしよう 了承ください			
そうだんしゃ 相談者	そうしんび 送信日	ねん 年	がつ 月	ひ 日
	なまえ 名前	(ふりがな：)		
	ねんれい 年齢	さい 歳		
	じゅうしょ 住所	し まち むら しちようそんめい 市・町・村 (市町村名のみご記入ください)		
れんらくさき 連絡先	ふあくしみりばんごう ファクシミリ番号： めーるあどれす メールアドレス：			
そうだん 1. 相談したいこと	わくちんこうか <input type="checkbox"/> ワクチンの効果について わくちんからだえいきよう <input type="checkbox"/> ワクチンの身体への影響について わくちんせつしゅごふくはんのう <input type="checkbox"/> ワクチン接種後の副反応について そのほか <input type="checkbox"/> その他 ()			
ぐたいてき 2. 具体的な そうだんないよう 相談内容	()			
わくちんせつしゅ 3. ワクチン接種に ついて	せつしゅ <input type="checkbox"/> まだ接種していない かいせつしゅ <input type="checkbox"/> 1回接種した (いつ： ねん 年 がつ 月 にち 日) (どこで：) かいせつしゅ <input type="checkbox"/> 2回接種した (いつ： ねん 年 がつ 月 にち 日) (どこで：) せつしゅ わくちん しゅるい ふあいざー もでるな ふめい 接種したワクチンの種類 (ファイザー、モデルナ、不明)			