

かごしまけんしんがたせつしゆ  
**鹿児島県新型コロナウイルスワクチン接種**  
 ふくはんのうそうだんまどぐち  
**副反応相談窓口 行**  
**F A X : 0 9 9 - 2 2 5 - 0 6 7 2**  
 うけつけじかん  
**受付時間 1 0 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0**

- この用紙は聴覚に障がいがある方など電話での相談が難しい方専用です。  
 ○新型コロナウイルスワクチン接種の副反応等、専門的な知識などが必要となる専門的な相談窓口です。  
 ○接種の予約や、接種場所、接種方法などのご相談については、お住まいの市町村へご相談ください。  
 ※相談内容によっては、ご回答までにお時間をいただく場合があります。  
 あらかじめ、ご了承ください。

そうだんび <b>相談日</b>	れいわ <b>令和</b> 年 月 日 ( <b>曜日</b> )
なまえ <b>お名前</b>	
ねんれいせいべつ <b>年齢・性別</b>	せいべつ おとこ おんな <b>性別</b> : <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 回答しない ねんれい <b>年齢</b> ( <input type="text"/> 歳 )
す <b>お住まいの市町村</b>	( <input type="text"/> ) 市町村
れんらくさき <b>連絡先</b> ひつすじこう <b>※必須事項</b>	ばんごう <b>F A X 番号</b> でんわばんごう <b>電話番号</b> <b>E - m a i l</b>
せつしゆび <b>ワクチン接種日</b> ひつすじこう <b>※必須事項</b>	かいめ <b>1 回目</b> 【 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 】 かいめ <b>2 回目</b> 【 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 】
しゆるい <b>ワクチンの種類</b>	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> その他 ( <input type="text"/> )
せつしゆくぶん <b>接種区分</b>	<input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 基礎疾患のある方 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等にお勤めの方 <input type="checkbox"/> その他
しようじよう <b>症状や相談内容</b>	しょうじよう <b>※症状や相談したい内容についてご記入ください</b>