

新型コロナウイルスワクチン接種に関する相談用紙

ぐんまコロナワクチンダイヤル行き (FAX: 027-223-7872)

この用紙は、聴覚に障害がある方など、電話でのご相談が難しい方専用です。  
 相談内容を見て、急ぎの対応が必要ではないと考えられるときは、お返事が遅くなりますので、あらかじめご了承ください。

必要事項を記入していただき、該当する項目の□にチェック (✓) を入れてください

相談日		年	月	日	(	曜日)	
相談者	氏名	<input type="checkbox"/> 前橋市 <input type="checkbox"/> 高崎市 <input type="checkbox"/> 桐生市 <input type="checkbox"/> 伊勢崎市 <input type="checkbox"/> 太田市 <input type="checkbox"/> 沼田市 <input type="checkbox"/> 館林市 <input type="checkbox"/> 渋川市 <input type="checkbox"/> 藤岡市 <input type="checkbox"/> 富岡市 <input type="checkbox"/> 安中市 <input type="checkbox"/> みどり市 <input type="checkbox"/> 榛東村 <input type="checkbox"/> 吉岡町 <input type="checkbox"/> 上野村 <input type="checkbox"/> 神流町 <input type="checkbox"/> 下仁田町 <input type="checkbox"/> 南牧村 <input type="checkbox"/> 甘楽町 <input type="checkbox"/> 中之条町 <input type="checkbox"/> 長野原町 <input type="checkbox"/> 嬭恋村 <input type="checkbox"/> 草津町 <input type="checkbox"/> 高山村 <input type="checkbox"/> 東吾妻町 <input type="checkbox"/> 片品村 <input type="checkbox"/> 川場村 <input type="checkbox"/> 昭和村 <input type="checkbox"/> みなかみ町 <input type="checkbox"/> 玉村町 <input type="checkbox"/> 板倉町 <input type="checkbox"/> 明和町 <input type="checkbox"/> 千代田町 <input type="checkbox"/> 大泉町 <input type="checkbox"/> 邑楽町					
	住所						
	年代	<input type="checkbox"/> 10代 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70代 <input type="checkbox"/> 80代以上					
	連絡先	FAX: _____ 携帯電話: _____ メールアドレス: _____					
	相談したいこと	<input type="checkbox"/> ワクチンの効果について <input type="checkbox"/> ワクチンの身体への影響について <input type="checkbox"/> ワクチン接種後の副反応について <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )					
2. 具体的な相談内容							
3. 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: _____年 _____月 _____日) (種類: <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> ノババックス) <input type="checkbox"/> 2回接種した (いつ: _____年 _____月 _____日) (種類: <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> ノババックス) <input type="checkbox"/> 3回接種した (いつ: _____年 _____月 _____日) (種類: <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> ノババックス) <input type="checkbox"/> 4回接種した (いつ: _____年 _____月 _____日) (種類: <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ)					