

FAX送信票

保健医療介護部がん感染症疾病対策課感染症対策係 担当者あて

FAX：092-643-3331

福岡県風しん無料抗体検査問診票送付依頼

住所 〒 _____

医療機関名 _____

部署/担当者名 _____

問診票の部数 _____部（1部5名分です。）

※ 問診票は、依頼を受けてからお手元に届くまで1～2週間程度の期間を要しますので、お早めにお申し込みください。