

○FAX の場合は、必要事項をご記入の上、このまま送信して下さい。

電話・FAX 番号 : 092-565-8798

メールアドレス : 603-Allergies@mail.hosp.go.jp

福岡病院アレルギーセンター 行き

アレルギー相談記入用紙

| | | | |
|------------------|---|-------------|-----|
| 送 信 日 | 令和 年 月 日 | | |
| 氏 名 | 様 | | |
| 性 別 | 男性 ・ 女性 | | |
| 年 齢 | 明治・大正・昭和・平成 年生まれ ・ 歳 | | |
| 住 ま い (地 域) | 県 市 | 折り返し 連絡先 | - - |
| 職 業 | | | |
| 相談したいこと | | | |
| ※ 確認事項 | <p><u>相談及び回答内容は、匿名化してデータベースに登録し、福岡病院アレルギーセンターホームページ上に公開することで、県民の共有財産とすることに同意していただけますか？</u></p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>※ 誠に申し訳ありませんが、同意いただけない場合は回答いたしかねます</p> | | |

個人情報につき、送信誤りにご注意ください。