

○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。