

## 新型インフルエンザ相談用紙（聴覚・言語障害者用）

発信年月日	平成 年 月 日
送信先 FAX先	北九州市保健所新型インフルエンザ相談窓口 行 FAX：093 - 522 - 8775 <FAX 受付時間> 平日 8：30 ~ 17：15
発信者	住所：_____ 氏名：_____（男・女）（年齢 _____） FAX番号：_____
新型インフルエンザに関して相談したい内容について、具体的にご記載ください。	