※送信票不要

送信先：青森県健康福祉部保健衛生課

　　　　　難病対策グループあて

ＦＡＸ：０１７－７３４－８０４７

**質　　　問　　　票**

記載日　　令和　　　年　　　月　　　日

医療機関名

担当者氏名

連絡先電話番号

◎質問内容

|  |
| --- |
|  |