（様式１）

　　年　　月　　日

青森県健康医療福祉部保健衛生課長　殿

名　　　　称

代表者職氏名

　青森県感染対策コンサルテーションチーム相談申込書

青森県感染対策コンサルテーションチームへの相談を下記のとおり申し込みます。

１　申込者

|  |  |
| --- | --- |
| 所　属 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電　話 |  |
| FAX |  |
| E-Mail |  |
| 役職・氏名 |  |

２　相談内容

|  |  |
| --- | --- |
| 相談内容 |  |
| 対応方法※原則、現地対応 | □現地対応（訪問先所在地）□オンライン |
| 備　考 |  |

　　※相談内容については、別途詳細をお伺いします。