



新型コロナウイルス感染症関連 相談票					
相 談 日 時		令 和	年	月	日
会 員 番 号		02-			
氏 名					
相 談 者	住 所	〒 -			
	連 絡 先				
所属事業所	名 称				
	住 所	〒 -			
	電話番号				
《相談内容》 					
希望回答方法		<input type="checkbox"/>	電 話	(- -)
		<input type="checkbox"/>	F A X	(- -)
		<input type="checkbox"/>	メー ル	()

※相談内容については外部に漏れることのないよう事務局にて保管いたします。
※相談内容によっては、お電話で確認させていただく場合や青森県および市町村に情報提供する
場合がございましたのでご了解ください。