**広島県医師会 感染症対策委員会**

**感 染 症 対 策 相 談 依 頼 書**

**相談依頼日：　　　年　　　月　　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| **施設名** |  |
| **相談者氏名** |  |
| **職名** |  |
| **電話番号** |  |
| **FAX番号** |  |
| **Eメールアドレス** |  |
| **希望回答方法** | メール　　　　・　　　　FAX |

**【相談内容】**

**※回答に必要なため、内容を具体的に記入してください。**

**送付先 広島県医師会 地域医療課**

**メール：chiiki@hiroshima.med.or.jp　／　FAX：082-568-2112**