（送信先）日南市健康増進課
ＦＡＸ：０９８７－３１－１９６６

【日南市】予防接種事務デジタル化に関する質問票

質問日：令和　　年　　月　　日

医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当者名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

質問内容

※いただいた質問は、医療機関名を伏せたうえで順次、市のホームページ内の専用ページで回答いたします（質問の内容によっては、回答までお時間をいただく場合があります。）

※電話によるお問い合わせは、ご遠慮願います。