

F A X 送信票

中北保健所衛生課 行き
(F A X : 0 5 5 - 2 3 5 - 7 1 1 5)

施設名	
回答者名	
連絡先電話番号	

《災害発生時の情報伝達方法について》

本事業の主旨については、「災害時の速やかな情報提供方法の確立のために」をご覧ください。

- 1 災害発生時、保健所からの情報提供についていずれかを選んでください。

メールによる受信ができない (FAX による方法を希望)

F A X 番号	
----------	--

メールによる受信が可能 メールアドレスの記載をお願いします

ふりがな	
メール アドレス	

やまなし医療ネット (医療機能情報) にメールアドレスを登録されている薬局は、そのアドレスと同一アドレスでも構いません。

0 (数字ゼロ)、o (英小文字オー) など、間違えやすい文字はふりがなをお願いします。

可能な限り、災害時に薬局内の誰でも確認することができるメールアドレスをご記入ください。

- 2 平常時、保健所からの情報提供についていずれかを選んでください。

FAX による方法を希望 1 で記入いただいた FAX 番号に送付します。

メールによる受信が可能 1 で記入いただいたアドレスに送付します。

御協力ありがとうございます。

今後、情報伝達方法の変更を希望される場合やメールアドレス等が変更になった場合は、ご連絡をお願いします。