

神奈川県宿泊療養申込窓口相談票（問合せ用）

宛 先	送信年月日	令和	年	月	日
	送 信 先	050-4561-0710			
送信者	名 前	年齢（ 歳）（男・女）			
	住 所				
	連 絡 先	FAX 番号			

■以下にお問い合わせ内容をご記載ください。