

# 【FAX用紙】



湖西市役所  
健康増進課

行

(FAX番号 053-576-1150)

新型コロナウイルス感染者自宅療養者等食料支援事業

## 申込書

(フリガナ)	
お名前	
住所	〒      ー * マンションの部屋番号までご記入ください。
生年月日	年      月      日
電話番号	(      )      ー * 確認のお電話をしますので、連絡の取りやすい番号をご記入ください。

ご自身が陽性の方は検査日および保健所から連絡があった日をご記入ください。

ご自身が陽性の場合に記入	検査日 ____ 月 ____ 日
保健所からの連絡があった日	連絡日 ____ 月 ____ 日 * 保健所からSMSや電話で連絡があった日

コメント	* 何か伝達事項があればご記入下さい。
------	---------------------

◆問い合わせ先:湖西市役所 健康増進課 (電話)053-576-1114 (FAX)053-576-1150