（別紙様式）

**ＦＡＸ送信票**

お手数をおかけしますが、下記の内容についてご記載いただき、８月１１日（水）までにＦＡＸで返信をお願いします。

ＦＡＸ送信先：０７５－４３１－３９７０

京都府健康対策課　行（　担当：感染症対策係　）

送　信　日：令和３年８月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | | |
| 御担当者名等  （所属：連絡先） | 氏　名；  所　属： | | |
| 電　話：  E-mail： | | |
| 日程 | ８月１４日（土） | ８月１５日（日） | ８月１６日（月） |
| 診療・検査実施可能日  （可能日に丸印） |  |  |  |
| 実施時間 |  |  |  |

（記入上の注意）

実施時間は、例えば「9：00～16:30」のように開始時刻と終了時刻がわかるように記載願います。