



さいたま市子ども急患電話相談 FAX送信票
FAX:03-3776-0120

_____年 _____月 _____日

●お住まいの地域

さいたま市 西区 北区 大宮区 見沼区 中央区 桜区
浦和区 南区 緑区 岩槻区 さいたま市外

●相談対象者 _____ 歳 _____ ヶ月 _____ 男 / 女

●FAX番号: _____ - _____ - _____

●お名前 _____ 年齢 _____ 歳代 _____ 男 / 女

※FAX返信の際に必要ですので、ご記入ください

●相談内容