

指定機関相談窓口質問票 (F A X)

指定機関名		所在地	
担当者名		役職名	
電話番号		FAX番号	
E-MAIL	@		
質問種別	<input type="checkbox"/> 検査基準 ・ <input type="checkbox"/> 検査内容 ・ <input type="checkbox"/> 大臣判定 ・ <input type="checkbox"/> 事務手続 ・ <input type="checkbox"/> その他		
質問件名			
質問内容：下記にご記入願います。 色の部分は直接 PC で入力しプリントも可能です			
回答内容：			
備考 (参照資料、事例等)：			
航空医学研究センター記入欄		実務管理者印	担当医師印
受付日時	年 月 日 時 分	受付者	
回答日時	年 月 日 時 分	回答者	
回答媒体	<input type="checkbox"/> 電話 ・ <input type="checkbox"/> FAX ・ <input type="checkbox"/> E-MAIL ・ <input type="checkbox"/> その他	公開の可否	可 ・ 不可