

しんがたころな わくちんせっしゅ ちゅうしゃ とき も  
**新型コロナの ワクチン接種（注射）の時に 持っていく**  
 よしんひょう ちゅうしゃ だいじょうぶ かくにん かみ  
**予診票（注射をしても 大丈夫かを 確認する紙）の**  
**か**  
**書きかた**

わくちんせっしゅ ちゅうしゃ とき も  
**ワクチン接種（注射）の時に 持っていくもの**

わくちんせっしゅ ちゅうしゃ あんない  
**1 ワクチン接種（注射）の 案内**  
 おおさかし とど ふうとう はい  
**大阪市から 届いた封筒に 入って**  
**います。**



よしんひょう ちゅうしゃ だいじょうぶ  
**2 予診票（注射をしても 大丈夫かを**  
 かくにん かみ  
**確認する紙）**  
 おおさかし とど ふうとう はい  
**大阪市から 届いた封筒に 入って**  
**います。**



かみ か せつめい  
**※この紙の 書きかたの 説明をします。**

ほんにん かくにん  
**3 本人を 確認するもの**  
 りょういくてちょう な けんこう ほけんしょう  
**療育手帳（無いときは 健康保険証）**



くすりてちょう  
**4 お薬手帳**  
 も も  
**持っているときは 持っていくてください**



ちゅうしゃ かた  
**★ 注射は 肩にします。**  
 ちゅうしゃ ひ かた だ  
**注射をする日は 肩を 出すことが**  
 できる服で 行ってください。



よしんひょう ちゅうしゃ だいじょうぶ かくにん かみ か  
 予診票 (注射をしても 大丈夫かを 確認する紙) の 書きかた

こた  
 ・ 答えることが できるところは 書いてください。



か け ぼーるぺん  
 ・ 書いたものを 消すことができる ボールペンは



つか  
 使わないでください。

**新型コロナウイルスワクチン接種の予診票**

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

<small>住民票に記載されている住所</small>	大阪 都 道 県 大阪 市 区 村 北区中之島1丁目3番20号	<small>券種</small>	2 (□予診のみ)	<small>7</small>	7 回目
<small>フリガナ</small>	氏名 大阪 太郎	<small>請求先</small>	大阪府大阪市	<small>請求番号</small>	9999999991
<small>電話番号</small>	( ) - ( ) - ( )	<small>氏名</small>	大阪 太郎		
<small>生年月日(西暦)</small>	1975年11月01日生(満 ( ) 歳)	<small>診察前の体温</small>	( ) 度 ( ) 分	 27271004999999991	
<small>性別</small>		<input type="checkbox"/> 男 · <input type="checkbox"/> 女			

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナウイルスワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種回数( 6 回) 前回の接種日( 2023年 05月 08日) 前回接種を受けた新型コロナウイルスの種類( ファイザー(BA4/5) )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている市町村は同じですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
「新型コロナウイルスの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病 名: <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> その他( ) 治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬( ) <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
薬や食品などで、重いアレルギー-症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 種類( ) 症状( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。または、授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類( ) 受けた日( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

<small>医師記入欄</small>	医師署名又は記名押印
以上の問診及び診察の結果、今日の接種は( <input type="checkbox"/> 可能 · <input type="checkbox"/> 見合わせる ) 本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。	

<small>医療機関記入欄</small>	<input type="checkbox"/> 時間外(受付時間 : ) <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 小児(6歳未満) <input type="checkbox"/> 予備① <input type="checkbox"/> 予備② <small>※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように黒く塗りつぶしてください。</small>
------------------------	---

**新型コロナウイルスワクチン接種希望書**

医師の診察・説明を受け、接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。(  接種を希望します ·  接種を希望しません)

この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。

このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

年 月 日 被接種者又は保護者自署

(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)  
 (※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被接種者の場合は本人又は成年後見人自署)

<small>医師記入欄</small>	ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
	シール貼付位置		実施場所
	※枠に合わせてまっすぐに貼付けてください (注)有効期限が切れていないか確認	( ) ml	医師名
			医療機関等コード
			接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
			202 年 ( ) 月 ( ) 日

じゅうしょ いんさつ  
 ① 住所は 印刷しています。  
 あ 合っているか み 見ておいてください。

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※大枠内に記入またはチェック☑を入れてください。

券種	2 (□予診のみ)	7 回目
請求先	大阪府大阪市	271004
券番号	9999999991	
氏名	大阪 太郎	

大阪 都道 大阪 市区村  
 ① 北区中之島1丁目3番20号

氏名 大阪 太郎 ② 電話番号 ( ) ③

27271004999999991

なまえ いんさつ  
 ② 名前は 印刷しています。  
 あ 合っているか み 見ておいてください。

でんわばんごう か  
 ③ 電話番号を 書きます。

なんさい か  
 ⑤ 何歳かを 書きます。  
 しかく なか すうじ ひとつひとつ か  
 の中に 数字を 一つ一つ 書きます。

おとこ ひと おんな ひと えら  
 ⑥ 男の人か 女の人かを 選びます。

いる住所 北区中之島1丁目3番20号

フリガナ

氏名 大阪 太郎

生 ④ 1975年11月01日 ⑤ ( ) 歳  男  女 ⑥

診察前の体温  度  分

接種回数( 6 回) 前回の接種日( 2023年 05月 08日)


たいおん かか ひと ちゅうしゃ まえ はか  
 ◆ 体温は 係りの人が 注射の前に 測ります。  
 なに か  
 ◆ 何も 書かないで ください。

たんじょうび とし つき ひ いんさつ  
 ④ 誕生日(年・月・日)は 印刷しています。  
 あ 合っているか み 見ておいてください。

しつもん こ  
 質問は 12個あります。  
 「 はい」か 「 いいえ」の  のところに  を 書いてください。

質問事項		回答例		印刷用紙
あ	新型コロナウイルスの接種を受けたことがありますか。			
	接種回数( 6 回) 前回の接種日( 2023年 05月 08日)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	前回接種を受けた新型コロナウイルスの種類( ファイザー(BA4/5) )			


あ の質問 : 新型コロナの ワクチン接種 ( 注射 ) を しましたか？

 最近にした ワクチン接種 ( 注射 ) の 内容を 印刷しています


・「 はい」の  のところに  を 書いてください。

い	現時点で住民票のある市町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている市町村は同じですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	「新型コロナワクチンの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	

い の質問 : 封筒に 書いてある 住所の 市の名前 ( 大阪市 ) と  
ワクチン接種券 ( 注射の券 ) に 書いてある  
市の名前 ( 大阪市 ) は 同じですか？

 市の名前が 同じ時

・「 はい」の  のところに  を 書いてください。

 市の名前が 違う時

・「 いいえ」の  のところに  を 書いてください。

う	現時点で住民票のある市町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている市町村は同じですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	「新型コロナワクチンの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	

う の質問 : 新型コロナの ワクチン接種 ( 注射 ) で 注意が  
必要なことや 気をつけることが わかりましたか？

 注意が 必要なことや 気をつけることが わかった時

・「 はい」の  のところに  を 書いてください。

 **注意**が **必要**な**こと**や **気**をつ**ける**ことが **わ**か**ら**ない**時**

・「 **いいえ**」の  の**と**ころに  を **書**いて**く**だ**さ**い。

え	<small>「新薬ロソノアノリ説明書」を読んで、効未で副反応にについて理解しましたか。</small>			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	病名： <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> その他( )			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
治療内容： <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬( ) <input type="checkbox"/> その他( )					
<small>最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったり、ましたか。 病名( )</small>			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	


**え**の質問：**今**、**病**院**に**行**っ**て **病**気**を** **治**して**い**ます**か**？  
**薬**を **も**ら**っ**て**い**ます**か**？

※次のような **病**気**や** **薬**になります。


- ・「**心臓病**」 ⇒ **体**の**中**にある **心臓**に **病**気**が**ある**人**
- ・「**腎臓病**」 ⇒ **体**の**中**にある **腎臓**に **病**気**が**ある**人**
- ・「**肝臓病**」 ⇒ **体**の**中**にある **肝臓**に **病**気**が**ある**人**
- ・「**血液疾患**」 ⇒ **体**の**中**を **流**れている **血**に **病**気**が**ある**人**
- ・「**血が止まりにくい病気**」
- ・「**免疫不全**」 ⇒ **病**気**を**お**こ**す**バ**イ**キ**ン**と** **戦**う**力**が  
**弱**くな**っ**て**い**る **病**気**が**ある**人**
- ・「**毛細血管漏出症候群**」  
 ⇒ **体**の**中**を **流**れている **血**の**一**部**が** **血**管**(**血**が** **流**れて  
**い**る**管)** **か**ら **体**の**中**に**漏**れて**し**ま**う** **病**気**が**ある**人**
- ・「**血をサラサラにする薬**」

★**お薬手帳**を **持**っている**人**は、**ワクチン**接**種**(**注**射)を  
**受**ける**時**に **持**って**い**っ**て**く**だ**さ**い**。



 病院に行つて 病気を 治している人

- ・「 はい」の  のところに  を 書いてください。
- ・質問の下にある あてはまる ところの  に  を 書いてください。

 病気に なっていない人


- ・「 いいえ」 の  のところに  を 書いてください。

- ◆ 気になる時は、 かかりつけ医 (いつも行っている 病院の先生) に 相談をしてください。




お	最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気に かかったり しましたか。 病名( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	今日、体に 具合が悪い ところがありますか。 症状( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

おの質問 : 1か月の間に 病気を しましたか?  
病気の 名前を 教えてください。

 1か月の間に 病気を していた人


- ・「 はい」の  のところに  を 書いてください。
- ・質問の横にある 「病名 ( )」 のところに 病気の 名前を 書いてください。

 1か月の間に 病気を していなかった人

- ・「 いいえ」 の  のところに  を 書いてください。


か	最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。病名( )	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
	今日、体に具合が悪いところがありますか。症状( )	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
	けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ

か<sup>しつもん</sup>の質問 : 今日<sup>きょう</sup>は、<sup>からだ</sup>体の<sup>ぐあい</sup>具合<sup>わる</sup>が悪いところは <sup>あります</sup>ありますか？

 からだ ぐあい わる ひと  
体の 具合が悪いところがある人

・「 はい」の <sup>しかく</sup>□のところに を <sup>か</sup>書いてください。


・質問の横にある 「<sup>しょうじょう</sup>症状 ( )」のところに <sup>からだ</sup>体の <sup>ぐあい</sup>具合が <sup>わる</sup>悪いところを <sup>か</sup>書いてください。

 からだ ぐあい わる ひと  
体の 具合が悪いところがない人


・「 いいえ」の <sup>しかく</sup>□のところに を <sup>か</sup>書いてください。

き	今日、体に具合が悪いところがありますか。症状( )	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
	けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
	薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ

き<sup>しつもん</sup>の質問 : 今<sup>いま</sup>までに、<sup>て</sup>けいれん(手や <sup>あし</sup>足が <sup>ふる</sup>震えること)や <sup>てんかん</sup>てんかんに <sup>な</sup>なったことは <sup>あります</sup>ありますか？

 て あし ふる ひと  
けいれん(手や 足が 震えること)や てんかんに なったことが ある人


・「 はい」の <sup>しかく</sup>□のところに を <sup>か</sup>書いてください。

 て あし ふる ひと  
けいれん(手や 足が 震えること)や てんかんに なったことが ない人

・「 いいえ」の <sup>しかく</sup>□のところに を <sup>か</sup>書いてください。

薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの( )	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 種類( ) 症状( )	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ

く の質問 : 今までに、薬や食べ物で気分が悪くなったことや、  
体が かゆくなったことは ありますか？

 気分が悪くなったことや 体が かゆくなったことがある人


- ・「 はい」の  のところに  を 書いてください。
- ・質問の下にある 「( )」のところに 気分が悪くなった時に  
飲んでいた薬や 食べ物の名前を 書いてください。

 気分が悪くなったことや 体が かゆくなったことが ない人

- ・「 いいえ」 の  のところに  を 書いてください。

薬・食品など原因になったもの( )	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 種類( ) 症状( )	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。または、授乳中ですか。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ

け の質問 : 今までに、予防接種(注射)をして気分が  
悪くなったことが ありますか？  
ある時は、何の注射をしたときでしたか？

 予防接種(注射)をして 気分が悪くなったことがある人

- ・「 はい」の  のところに  を 書いてください。
- ・質問の下にある 「種類( )」のところに 気分が悪くなった  
時に どのような注射をしたのかを 書いてください。
- ・質問の下にある 「症状( )」のところに 体が どのように  
なったのかを 書いてください。



 よ ぼう せ っ し ゅ ち ゅ う し ゃ 予 防 接 種 ( 注 射 ) を し て も 何 も 起 こ ら な か っ た 人

・「 いいえ」の  のところに  を書いてください。


種類( ) 症状( )			
<input checked="" type="checkbox"/> 現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。または、授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
2週間以内に予防接種を受けましたか。種類( )	受けの日( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

の質問 : し つ も ん い ま な か あ か 今、おなかの中に赤ちゃんがいますか？

い ま な か あ か 今、おなかの中に赤ちゃんがいなくても、生理が

お そ 遅いことはありますか？


う あ か ひ と ぼ に ゆ う 産まれた赤ちゃんがいる人は、母乳をあげていますか？

 お な か の 中 に 赤 ち ゃ ん が い る 人

お な か の 中 に 赤 ち ゃ ん が い な く て も 、 生 理 が 遅 い 人

う あ か ひ と ぼ に ゆ う 産まれた赤ちゃんがいて、母乳をあげている人

・「 はい」の  のところに  を書いてください。

 上 の 3 つ に あ て は ま ら な い 人

・「 いいえ」の  のところに  を書いてください。


現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。または、授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
<input checked="" type="checkbox"/> 2週間以内に予防接種を受けましたか。種類( )	受けの日( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
今日の予防接種についての質問がありますか。			

の質問 : し つ も ん き ょ う し ゅ う か ん ほ か よ ぼう せ っ し ゅ ち ゅ う し ゃ 今 日 ま で の 2 週 間 に 他 の 予 防 接 種 ( 注 射 ) を  
し て い ま す か ？


ほ か よ ぼう せ っ し ゅ ち ゅ う し ゃ 他 の 予 防 接 種 ( 注 射 ) を し て い る と き は ど の よ う な

ち ゅ う し ゃ お し 注 射 を し た か 教 え て く だ さ い。

ほ か よ ぼう せ っ し ゅ ち ゅ う し ゃ ひ お し 他 の 予 防 接 種 ( 注 射 ) を し た 日 も 教 え て く だ さ い。

 ほか よぼうせっしゅ ちゅうしゃ ひと  
他の 予防接種（注射）をした人


- ・「 はい」の  のところに  を 書いてください。
- ・質問の横にある 「種類（  ）」のところに、 どのような 予防接種（注射）をしたのかを 書いてください。
- ・質問の横にある 「受けた日（  ）」のところに、 予防接種（注射）をした日を 書いてください。

 ほか よぼうせっしゅ ちゅうしゃ ひと  
他の 予防接種（注射）をしていない人


- ・「 いいえ」 の  のところに  を 書いてください。

<input checked="" type="checkbox"/>	今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
-------------------------------------	----------------------	-----------------------------	------------------------------

の質問： 今日にする 新型コロナの ワクチン接種（注射）で 聞きたいことは ありますか？

 わくちんせっしゅ ちゅうしゃ き ひと  
ワクチン接種（注射）で 聞いておきたいことが ある人

- ・「 はい」の  のところに  を 書いてください。

 わくちんせっしゅ ちゅうしゃ き ひと  
ワクチン接種（注射）で 聞いておきたいことが ない人

- ・「 いいえ」 の  のところに  を 書いてください。

「コロナ予防接種について質問がめりまら。」

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は ( <input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 見合わせる ) 本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。	医師署名又は記名押印
医療機関記入欄	<input type="checkbox"/> 時間外(受付時間 : ) <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 小児(6歳未満) <input type="checkbox"/> 予備① <input type="checkbox"/> 予備② <small>※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように適く塗りつぶしてください。</small>	

新型コロナウイルスワクチン接種希望書

◆ 注射をする時に お医者さんが 予診票 ( 注射をしても大丈夫かを 確認する紙 ) を 見て 書きます。  
◆ 何も 書かないで ください。

⑦ 注射をしたいか 注射をしたくないか を書きます。  
「 接種を希望します」 → 注射を したい時  
「 接種を希望しません」 → 注射を したくない時  
 のところに  を 書いてください。

新型コロナウイルスワクチン接種希望書

医師の診察・説明を受け、接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望します  接種を希望します ・  接種を希望しません

この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。  
このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

⑧ 年 月 日 被接種者又は保護者自署 ⑨

ワクチン名・ロット番号 接種量 実施場所・医師名・接種年 日 医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。

医師記入欄

シール貼付位置

※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください

(注)有効期限が切れていないか確認

接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日

202 年 月 日

⑧ 注射をする日 ( 年・月・日 ) を 書きます。

⑨ あなた ( 注射を 受ける人 ) の 名前を 書きます。  
→ 成年後見人 ( 大事なことを 決めることを 手伝う人 ) が いる時は、 成年後見人さんの 名前でも 大丈夫です。  
→ 名前を 書くことが できない人は、 別の人に 書いてもらう ことができます。

わくちんせっしゅ ちゅうしゃ こと とき  
ワクチン接種（注射）の ことで わからない事が ある時

わくちんせっしゅ ちゅうしゃ こと こと とき  
ワクチン接種（注射）の事で わからない事が ある時は、

おおさかし でんわ  
大阪に 電話をしてください。

でんわ かね  
(電話のお金が かかります)



おおさかし しんがたころな わくちん こーるせんたー  
大阪市 新型コロナ ワクチン コールセンター

でんわばんごう  
電話番号 : 0570-065670  
06-6377-5670

あさ じ よる じ でんわ  
朝の9時から 夜の6時まで 電話ができます。



あんない つく  
【この案内を 作ったところ】

しゃかいふくしほうじん おおさかして いくせいかい  
社会福祉法人 大阪市手をつなぐ育成会

ほーむぺーじ  
ホームページ <http://city-osaka-ikuseikai.or.jp/>

じゅうしょ おおさかしてんのうじ くひがしこうづちょう  
住所 大阪市天王寺区 東高津町 12-10

でんわ  
電話 06 (6765) 5621

※ 2023年9月29日に 作りました。

