エピペン講習会申込用紙

送信先：国立病院機構福岡病院

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX０９２（５６６）０７０２

FAX送信日：西暦　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 学校名 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| ＊以下、あてはまるところに○と必要事項をご記入ください。 |
| 希望日時原則９～17時まででお願い致します | 第1希望 | 月　　　日　　　曜日　　　時 |
| 第2希望 | 月　　　日　　　曜日　　　時 |
| 講習会コースの選択 | ６０分コース　・　９０分コース＊初回は90分を推奨します |
| 講習会のおおよその参加人数 | 　　　　　　　　　　　名 |
| エピペン携帯児童の在校の有無 | あり　・　なし |
| 医療者主催エピペン講習会の実施の有無 | あり　・　なし＊ありの場合、直近でいつですか（西暦　　　　　年　　　　月） |
| 家族の参加＊エピペン携帯する児童が在校する場合のみ | あり　・　なし |