

エピペン講習会申込用紙

送信先：国立病院機構福岡病院

FAX 092 (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	第1希望	月	日	曜日	時
原則9～17時まで でお願い致します	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 <small>*ありの場合、直近でいつですか (西暦 年 月)</small>				
家族の参加 <small>*エピペン携帯する児童が在校する場合のみ</small>	あり ・ なし				