

# エピペン講習会・講義資料申込用紙

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			
<b>※以下、あてはまるところに○と必要事項をご記入ください。</b>			
1. 2のいずれかに○してください	1. 講習会を希望します	2. 講義資料を希望します	
<b>1. 研修会希望の施設は以下をご記入ください。</b>			
希望日時	第1希望	月              日              曜日	時
※原則 10～17 時で 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		
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		
<b>2. 資料配布望の施設は送付先をご記入ください。(申し込み施設・担当者が違う場合のみ)</b>			
住所：〒	(担当者宛名：                      )		