

# 食物アレルギー相談 申し込み用紙

送信先：国立病院機構福岡病院

アレルギーセンター

FAX：092（566）0702

e-mail：603-Allergies@mail.hosp.go.jp

FAX 送信日：西暦 年 月 日

申し込み及び返信先

学校（施設）名	
担当者氏名	
住所	〒
電話番号	
FAX 番号	
e-mail	
確認事項	相談及び回答内容は、匿名化してデータベースに登録し、県民の共有財産とすることに同意していただけますか  <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  誠に申し訳ありませんが同意いただけない場合は回答いたしかねます
相談内容	