動画版エピペン講習　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

　　　　　　　　　　　　　　　　FAX０９２（５６６）０７０２

FAX送信日：西暦　　　　　年　　　月　　　日

申し込みおよび送付先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学校（施設）名 |  | |
| 担当者氏名 |  | |
| 住所 | 〒 | |
| 電話番号 |  | |
| FAX番号 |  | |
| e-mail | メールでの連絡もご希望されるときはご記入ください | |
| 講習予定日年　　　　　　月　　　　　　日　　　　　　　曜日 | | |
| 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 |