講師訪問エピペン講習　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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学校名 |  | | |
| 担当者氏名 |  | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | | |
| FAX番号 |  | | |
| e-mail | メールでの連絡をご希望する場合は記入ください | | |
| 希望日時  原則10～17時で  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 |
| 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 |