

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

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			
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	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		