

第 50 回ふくおか病院サマーキャンプ募集要項

期 日: 令和 7 年 8 月 5 日(火)～6 日(木)の1泊2日

定 員: 約 20 名

場 所: 国立夜須高原青少年自然の家

福岡県朝倉郡筑前町三箇山 1103

対 象: 小学校1年生～6年生のぜんそくやアトピー性皮膚炎、

食物アレルギーなどのアレルギー疾患をもつ児童

*キャンプ中の食事: 食物アレルギー即時型症状については対応しますが、
湿疹の悪化などには対応できません。未摂取の食品に関しては食物経口負荷試
験を行っていただきます。やむをえず代替食を持参して頂く場合もあります。

申込期間: 令和7年 4 月 25 日(金)～令和 7 年6月13 日(金)

費 用: 25,000円 (※兄弟で参加の方のみ 2 人目より 20,000円)

申込宛先: 〒811-1394 福岡市南区屋形原4丁目39-1

(独)国立病院機構 福岡病院内 サマーキャンプ係

メール: miyatake.yukie.nf@mail.hosp.go.jp

TEL:092-565-5534 (問い合わせ時間: 平日 9:00～17:00)

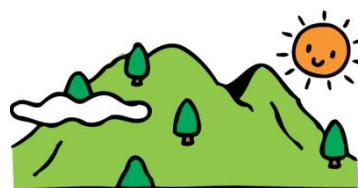
予 診 日: 令和 7 年 7 月初旬を予定

予診を受けて頂き、参加決定をします。

後援(予定): 福岡県教育委員会・福岡市教育委員会・北九州市教育委員会・

福岡市こども未来局・公益財団法人日本アレルギー協会九州支部

(きりとり)



第回 ふくおか病院サマーキャンプ申込書

年 月 日

参加者氏名	ふりがな		性 別
			男 ・ 女
生年月日	年 月 日生	年 齢 才	学 年 年生
保護者氏名	続柄		
連 絡 先	住所 〒 - 電話番号()		
メールアドレス			

※希望者は、応募用紙に必要事項を明記し、保険証のコピーを同封して郵送、または FAX でお申し込み下さい。

6 月中旬ごろ予診問診票等送付します。7 月の初旬に予診を行い、最終の参加決定を致します。

食物アレルギーがあり、現在、除去食を行っている方は下記または別紙に内容を詳細に記載してください。

(代替食をお持ち込み頂く場合の資料となります。)