

エピペン講習会申込用紙

送信先: 国立病院機構福岡病院

FAX092(566)0702

FAX 送信日: 平成 年 月 日

学校名			
担当者氏名			
住所			
電話番号			
FAX 番号			
*以下、あてはまるところに○と必要事項をご記入ください。			
希望日時	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 * ありの場合、直近でいつですか (平成 年 月)		
家族の参加	あり ・ なし		
* エピペン携帯する児童が在校する場合のみ			