

# 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場合はご記入ください
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

FAX 受領後は企画課へ