

# 2023年度 食物アレルギー児のためのアレルギー教室

## 応募用紙

食物アレルギー教室の参加を希望します

記入日： 2023 年 月 日

参加されるお子様のお名前 (ふりがな) 姓 名 様 性別  男  女

生年月日 (年齢) 西暦 年 月 日生 ( 歳 ヶ月 )

住 所 〒

電話番号 自宅： 携帯：

参加されるご家族の氏名

① 姓 名

患者様との関係  母  父  祖父母  兄弟姉妹  その他 ( )

② 姓 名

患者様との関係  母  父  祖父母  兄弟姉妹  その他 ( )

③ 姓 名

患者様との関係  母  父  祖父母  兄弟姉妹  その他 ( )

参加人数 大人 名  
子ども 名 ( 歳 ・ 歳 ・ 歳 )  
託児 名 ( 歳 ・ 歳 ・ 歳 ) ※ 託児料はお子様1名につき500円

参加を希望される教室の回数に☑マークをつけて下さい(どちらか1回のみでの参加も可能です)

| 教室回数                         | 開催日       | 応募締切       |
|------------------------------|-----------|------------|
| <input type="checkbox"/> 第1回 | 9月2日 (土)  | 8月25日 (金)  |
| <input type="checkbox"/> 第2回 | 12月9日 (土) | 11月17日 (金) |

当院の受診歴  あり → ありの場合 患者IDを記入して下さい ID :  
 なし

かかりつけの小児科医院：

### 【応募方法】

応募用紙、問診票に必要事項を記載の上、郵送またはメールで申し込みください。  
小児科外来へ直接お持ち頂いても構いません。

応募用紙希望メールの宛先： [matsumoto.masaharu.ar@mail.hosp.go.jp](mailto:matsumoto.masaharu.ar@mail.hosp.go.jp)

※定員を超える場合は参加をお断りすることもあります。また託児の人数にも限りがございますのでご了承下さい。

応募先：国立病院機構福岡病院 管理課 松本 (まつもと)  
〒811-1394 福岡市南区屋形原4-39-1  
TEL 092-565-5534 (代表) FAX 092-566-0702