

第 46 回ふくおか病院サマーキャンプ募集要項

期 日：サマーキャンプ：平成28年8月1日(月)～4日(木)の3泊4日
 振り返りの会：①平成28年10月30日(健康フェア時)
 :②平成29年3月18日(予定)

定 員：約 60 名

場 所：福岡県立英彦山青年の家

〒824-0721 福岡県田川郡添田町大字英彦山 32-18

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

(キャンプ中の食事は施設の多大な協力で提供いただいています。

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：平成28年4月25日～6月13日(月)

費 用：25,000円(予定)

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

[TEL:092-565-5534](tel:092-565-5534)(代表)

FAX:092-566-0702

予 診 日：平成28年6月26日(日)9時からを予定

予診を受けて頂き、参加決定をします。

後 援：福岡県教育委員会・福岡市教育委員会・福岡市こども未来局

(きりとり)



第46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		学 年
			才 年生
保護者氏名	続柄		
連絡先	住所 〒		
	電話番号()		

※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。6月26日(日)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。)