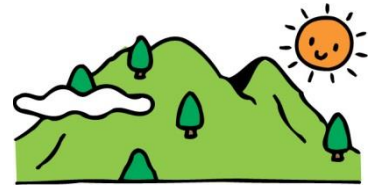


## 第 47 回ふくおか病院サマーキャンプ募集要項

期 日：サマーキャンプ：平成29年8月7日(月)～10日(木)の3泊4日  
 振り返りの会：①平成29年10月頃(健康フェア時)  
 :②平成30年3月17日(予定)

定 員：約 50 名  
 場 所：福岡市立脊振青少年自然の家(福岡病院出発、到着)  
 〒811-1113 福岡市早良区板屋 530



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：平成29年4月24日～6月22日(金)

費 用：28,000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  
 TEL:092-565-5534(代表)



予 診 日：平成29年6月25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・福岡市子ども未来局  
 (きりとり)



### 第47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( )		

※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25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。)