

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

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

※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