

アレルギー相談 / 講師派遣相談 申込用紙

送信先：国立病院機構福岡病院アレルギーセンター

【FAX】 0 9 2 (5 6 6) 0 7 0 2 【e-mail】 603-Allergies@mail.hosp.go.jp

送信日 年 月 日

学校（施設）名	
担当者氏名	
住所	〒
電話番号	
FAX 番号	
e-mail	
講師希望	P A E （小児アレルギーエデュケーター） ・ アレルギー専門医
確認事項	① 相談及び回答内容は、匿名化してデータベースに登録し、県民の共有財産とすることに同意していただけますか？ <div><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</div> (誠に申し訳ありませんが、同意いただけない場合は回答いたしかねます。)
	② 福岡病院アレルギーセンターホームページにて、県民の皆様への情報提供を目的として、講習を受講された施設を一覧で掲示しています。講習受講後、ホームページへの掲載を承諾していただけますか？ <div><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</div> (※ホームページ掲載期間は2年間です。1年毎に更新しますので、8月末までにお申し込みいただいた場合は、10月から掲載します。)
相談内容	
※食物アレルギーに関する相談および講師派遣依頼に至る理由、状況をご記入ください。	

受領後はアレルギーセンターへ