

令和5年度 子どものぜん息とアレルギー講演会 参加申込書

大阪市保健所 管理課保健事業グループ 行
ファックス 06-6647-0718

※(1)～(5)の項目に必要な事項を記入し、お申込みください。
 ※個人情報の取り扱いについて、保健所事業の目的以外には使用致しません。

(1) 居住区と日中つながる電話番号をご記入ください。

お住まいの区 区	電話番号(日中つながる番号)
-----------------	----------------

(2) 参加者氏名とお子様の場合はご年齢また、ご参加をご希望される日に○をご記入ください。

参加者①	ふりがな		お子さまの場合	参加希望日
	氏名		歳	11/11・11/18
参加者②	ふりがな		お子さまの場合	参加希望日
	氏名		歳	11/11・11/18
参加者③	ふりがな		お子さまの場合	参加希望日
	氏名		歳	11/11・11/18
参加者④	ふりがな		お子さまの場合	参加希望日
	氏名		歳	11/11・11/18

(3) 手話通訳等の申込み

<input type="checkbox"/>	手話通訳 希望	ファックス番号又はメールアドレス
<input type="checkbox"/>	要約筆記 希望	
<input type="checkbox"/>	希望しない	

※手話通訳等については、ご希望に添えないこともございますのでご了承ください。

申込み期限：11月11日(1日目) → 10月13日(金)まで
 11月18日(2日目) → 10月20日(金)まで

(4) この事業を知ったきっかけについて、該当する主な場所・項目1つを選択してください。

	①区役所 ②小児科 ③耳鼻科 ④総合病院 ⑤薬局 ⑥図書館 ⑦幼稚園 ⑧保育所(園) ⑨知人 ⑩ホームページ ⑪その他()
--	---

(5) 個別相談を希望する方は、希望日に○をつけ相談内容をご記入ください。

事前申込先着順となります。定員に達し次第受付を終了します。また当日は講演の状況により講演中に個別相談を開始する場合があります。ご了承ください。

相談項目	児の年齢	相談内容
栄養相談(11/11)		
医療相談(11/18)		

<問合せ先>

〒545-0051大阪市阿倍野区旭町1-2-7-1000
 大阪市保健所管理課保健事業グループ
 電話：06-6647-0648