

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

ファックス (06) 6647-0718

講演会の参加を申し込みます。

※次の(1)～(6)の項目について、ご記入のうえお申込みください。なお、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利用しません。

(1) 参加をご希望される日に○をつけ、氏名等をご記入ください。

1日目 【11/13】	当日参加の有無	「○」・「×」	2日目 【11/27】	当日参加の有無	「○」・「×」
参加者①	ふりがな 氏 名		参加者①	ふりがな 氏 名	
参加者②	ふりがな 氏 名		参加者②	ふりがな 氏 名	
参加者③	ふりがな 氏 名		参加者③	ふりがな 氏 名	
お住まいの区 区			電話番号（日中つながる番号）		

(2) 当日、お子さまが参加される場合は、お子さまの氏名、年齢をご記入ください。

参加者①	ふりがな 氏 名	年齢（ ）歳
参加者②	ふりがな 氏 名	年齢（ ）歳
参加者③	ふりがな 氏 名	年齢（ ）歳

(3) 手話通訳等の申込み

あり ・ なし

(4) この講演会をお知りになったきっかけについて、該当するものに一つ○をつけてください。

区役所・小児科・耳鼻科・総合病院・薬局・図書館・幼稚園・保育所（園）・知人から
大阪市ホームページ・その他（ ）

(5) チラシ・ポスターを見てお知りになった方は、1と2のどちらのタイトルでしたか？

1. 「子どものぜん息とアレルギー講演会」 2. 「大阪市ぜん息のお子さま向けの事業案内」

(6) 個別相談を希望する方は希望する項目に希望日を記入のうえ、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	希望日	児年齢	相談内容
医療相談			
栄養相談			