

エピペン®講習会申込用紙

送信先：大阪赤十字病院 医療支援課（アレルギー拠点病院事務局）

FAX 06 (6774) 5131

または E-mail ij1@osaka-med.jrc.or.jp へ下記内容を記載し送信下さい。

FAX 送信日：令和 年 月 日

学校/施設名			
代表者氏名			
住所			
電話番号			
FAX 番号			
*以下、あてはまるところに○と必要事項をご記入ください。			
希望日時	第 1 希望	月 日	曜日 時
	第 2 希望	月 日	曜日 時
講習会コースの選択	60分コース ・ 90分コース *初回は90分を推奨します minpack(会場開催) ・ web 開催		
講習会のおおよその参加人数	名		
エピペン®携帯児童の在校の有無	あり ・ なし		
医療者主催エピペン®講習会の 実施の有無	あり ・ なし *ありの場合、直近でいつですか (令和/平成 年 月)		

⑨ 時間帯（希望日時）に関しては、原則、平日9時～17時の間をお願いします。