

<送付先> FAX:043-486-2777

千葉県印旛健康福祉センター(印旛保健所) 地域保健課 栄養担当行

食物アレルギー研修会 参加申込書

参加者氏名	ふりがな	お子様との続柄
	氏名	
	ふりがな	お子様との続柄
	氏名	
お住まいの市町	成田市・佐倉市・四街道市・八街市・印西市・ 白井市・富里市・酒々井町・栄町	
電話番号		
メールアドレス	@	
※後日ZoomのID、パスワードをお送りします		
お子様の年齢	() 才 ・ () か月	
食物アレルギーの 原因食品		
かかりつけ病院名		

* 講師への質問や困っていることがありましたら、ご記入ください。

<オンライン講演について>

- ・Zoomミーティングを用いた講演会となります。
- ・事務局より、後日ミーティングID及びパスワードをメールで送付いたします。
- ・当日はインターネット環境の整った場所で、視聴をお願いいたします。

