

東北大学クリニカル・スキルスラボ
**食物アレルギーへの緊急時対応
 体験型出前セミナー申込書**

送付先 E-mail : simstar@grp.tohoku.ac.jp
 F A X : 022-717-8587

ご記入日	年 月 日						
貴施設名							
貴施設住所	〒						
ご担当者名							
ご担当者職種							
ご担当者役職							
ご担当者連絡先 ※メールアドレスは必ずご記入ください。	TEL : E-Mail :						
ご希望の種類	ベーシック ・ フォローアップ (フォローアップは、これまでにベーシック出前セミナーを受講されたことのある施設様向けの内容です。)						
開催希望時期 (二ヶ月以上先の時期でご検討下さい)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">第1希望</td> <td style="width: 80%;">()月の(初旬・中旬・下旬)頃</td> </tr> <tr> <td>第2希望</td> <td>()月の(初旬・中旬・下旬)頃</td> </tr> <tr> <td>第3希望</td> <td>()月の(初旬・中旬・下旬)頃</td> </tr> </table>	第1希望	()月の(初旬・中旬・下旬)頃	第2希望	()月の(初旬・中旬・下旬)頃	第3希望	()月の(初旬・中旬・下旬)頃
第1希望	()月の(初旬・中旬・下旬)頃						
第2希望	()月の(初旬・中旬・下旬)頃						
第3希望	()月の(初旬・中旬・下旬)頃						
おおよその参加人数	名程度						
食物アレルギーの診断がついてい る児童・生徒の在籍の有無	名 (エピペン®処方の有無： 名)						
ご要望 (具体的な開催希望曜日や時間等があればお知らせください)							