

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) 参加される保護者の氏名等をご記入ください。

参加者①	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	
お住まいの区 (区)		電話番号 (日中つながる番号) ()

(2) お子さまの年齢をご記入ください。また当日、参加されるお子さまがいる場合○をつけてください。

お子さまの年齢	当日参加の場合は「○」	お子さまの年齢	当日参加の場合は「○」	お子さまの年齢	当日参加の場合は「○」	お子さまの年齢	当日参加の場合は「○」
()才	○						

(3) お子さまのぜん息やアレルギー等について該当する番号に○をつけてください。(複数回答可)

1. 医師からぜん息と言われたことがある (治療中含む) 2. 食物アレルギーがある
 3. 湿疹がある (アトピー含む) 4. その他のアレルギーがある ()
 5. とくにない

(4) 講演会を初めにお知りになったきっかけについて、該当するもの一つ○をつけてください。

区役所・医療機関 (病院) ・医療機関 (診療所) ・薬局・図書館・保育所 (園) ・幼稚園・知人
 大阪市ホームページ・その他 ()

(5) チラシ・ポスターを見られ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相談項目に、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	児年齢	相談内容
医療相談		
栄養相談		