

# 受講決定通知送付先

郵便番号

送付先住所

施設名

令和4年度アレルギー疾患研修

## (FAX用)ぜん息・食物アレルギー緊急時対応研修 受講申込書

枠内をご記入の上、枠内をご記入の上、FAX(03-5285-8004)にてご提出ください。

第1回申込締切日 9月30日(金)

第2回申込締切日 11月25日(金)

研修日時・会場

第1回 令和4年11月4日(金) 10:30~12:30 日本教育会館 一ツ橋ホール  
第2回 令和5年1月20日(金) 14:00~16:00 杉並公会堂

### 【申し込みに関する注意】

WEB入力フォームからお申込みをされた方は、本申込書の提出は不要です。  
希望回は2回中のいずれか1回のみご記入ください。同じ方が複数回受講することはできません。  
申し込みは同一施設から各回2名までとさせていただきます。

研修回	優先順位	ふりがな 受講者氏名	職 種(いずれかに○)	学童期の子供の 預かり (いずれかに○)
【学童期の子供を 預かる施設向け】 11月4日(金) 10:30~12:30	1		保健師・看護師・保育士・管理栄養士 栄養士・調理師・事務・学童クラブ職員 その他( )	ある・ない
	2		保健師・看護師・保育士・管理栄養士 栄養士・調理師・事務・学童クラブ職員 その他( )	ある・ない
【保育施設向け】 1月20日(金) 14:00~16:00	1		保健師・看護師・保育士・管理栄養士 栄養士・調理師・事務・学童クラブ職員 その他( )	
	2		保健師・看護師・保育士・管理栄養士 栄養士・調理師・事務・学童クラブ職員 その他( )	

### 【アンケート】 該当する回答に☑をして下さい

- ① 貴施設では、食物アレルギー等の緊急時に備えた体制づくりを行っていますか ⇒(  いる  いない )  
具体的に ( )
- ② 貴施設にエピペン(アドレナリン自己注射薬)を処方されている子供がいますか ⇒(  いる  いない )
- ③ 貴施設で実際にエピペン(アドレナリン自己注射薬)による緊急時対応を行ったことがありますか ⇒(  ある  ない )

### 【申込み・通知の送付に関するご連絡先】 ※送付先が上記と異なる場合は下記に送付先をご記入ください

申込担当者名・所属名	電話
	FAX

(公財)東京都福祉保健財団 人材養成部 健康支援室