（別紙）

送付先　　宮崎県健康増進課がん・疾病対策担当　猪俣　行

ＦＡＸ：０９８５－２６－７３３６

E-mail：kenkozoshin@pref.miyazaki.lg.jp

----------------------------------------------------------------------

「ふれあいハンセン病療養所訪問事業」参加申込書

１　申込者情報

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | フリガナ  氏名  学校名等  年齢 | 連絡先  住所  電話番号 | 集合場所 | 駐車場  利　　用 |
| 記入例 | ミヤザキ　タロウ  宮崎　太郎  ○○小学校６年  12歳 | 〒880-8501  宮崎市橘通東2丁目10-1  TEL：0985-26-7079 | ・県庁  ・都城保健所  ・現地 | 有・無 |
| １ |  | 〒 | ・県庁  ・都城保健所  ・現地 | 有・無 |
| ２ |  |  | ・県庁  ・都城保健所  ・現地 | 有・無 |
| ３ |  |  | ・県庁  ・都城保健所  ・現地 | 有・無 |

　※保険の関係がありますので、フリガナ、年齢は必ず記入してください。

　※ご記入のご住所に案内文書をお送りします。

　※「駐車場利用」は、他の申込者が「有」で申し込んでいて、同じ車に乗り合わせる場合は「無」を選択してください（1名のみ「有」）。

２　質問や疑問点などありましたらご記入ください。

|  |
| --- |
|  |