

(別紙)

送付先 宮崎県健康増進課がん・疾病対策担当 内田 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

	ふりがな 氏名 学校名 年齢	連絡先 住所 電話番号	バス乗車 希望場所	駐車場 利用希望
記入例	みやざき たろう 宮崎 太郎 〇〇小学校6年 12歳	〒880-8501 宮崎市橘通東2丁目10-1 TEL:0985-26-7079	<input checked="" type="checkbox"/> 県庁 ・ 都城保健所 ・ 現地	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 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、ふりがな、年齢は必ず記入してください。

※ご記入のご住所に文書をお送りします。

2 質問や疑問な点があれば何でも記入してください。

--