（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等年齢 | 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○○小学校６年12歳 | 〒880-8501宮崎市橘通東2丁目10-1TEL：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、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。

|  |
| --- |
|  |