

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	連絡先 住所 電話番号	生年月日	集合場所	駐車場 利用
記入例	ミヤザキ タロウ 宮崎 太郎 〇〇小学校6年	〒880-8501 宮崎市橘通東2丁目10-1 TEL:0985-26-7079	H26.5.31	・県庁 ・都城保健所 ・現地	有・ <input checked="" type="radio"/> 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

※ 参加者は損害保険に加入しますため、フリガナ及び生年月日も必ず記入してください。

※ 御記入いただいた住所に案内文書を送付します。台風接近等により中止となる場合、御記入いただいた連絡先に連絡します。

※ 「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」）。

※ 申込み後に参加できなくなった場合は、県健康増進課（0985-26-7079）まで御連絡ください。

2 質問や疑問点などありましたらご記入ください。

--