

(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 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 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	・ ☒ 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。

--