
福島避難者健康相談会おおさか 申し込みフォーム

健康相談会に参加を希望される方は、お手数ですが、以下の項目にご記入ください。

1. 参加される大人の方のお名前(ふりがな)

2. 現在の住所をご記入ください<例 大阪府大阪市北区 (市、区まで)>

3. 福島のお住まいはどちらでしたか？<例 田村郡三春町 (町まで)>

4. 連絡の取れる電話番号をご記入ください。

5. 連絡の取れるメールアドレスをご記入ください。

(注:携帯メールの場合 osaka-kenkousoudan@hotmail.co.jp より受信ができる設定かを確認の上ご記入ください)

6. 当日参加のお子さん(お一人目)

お名前(ふりがな)

年齢

歳

ヶ月

性別

男 ・ 女

7. 当日参加のお子さん(お二人目)

お名前(ふりがな)

年齢

歳

ヶ月

性別

男 ・ 女

* お子さんの欄が足りない場合は用紙をコピーまたは空いてるところにご記入ください。

8. ご希望時間の候補を子エックしてください。(複数選択可)

※申し込み多数の場合ご希望時間以外となる場合もあります。ご了承ください。

10:30～

11:00～

11:30～

13:00～

13:30～

14:00～

14:30～

いずれでも参加可

<事前受付について>

以下のいずれかの方法で申し込みをしていただき、後日、時間等の詳細をメールでお知らせします。

- Webフォーム

<http://form1.fc2.com/form/?id=742855> に PC または携帯からアクセスしてください

- メール

osaka-kenkousoudan@hotmail.co.jp 左記アドレスに必要事項をご記入のうえ送信してください。

- FAX

上記申し込みフォームに必要事項をご記入の上 072-843-0833 (FAX) に送信してください。



←こちらの QR コードからも WEB フォームにアクセスできます

* 定員 (50 家族) に達した時点で切ります。先着順で受け付けをしていますので参加人数によりご希望に添えない場合があります。お申し込みはご家族ごとでお願いします。

* 医師およびすべてのスタッフがボランティアで参加しています。至らぬ点もあるかと思いますが、どうぞご理解ください。ご意見等実行委員会までご連絡ください。 osaka-kenkousoudan@hotmail.co.jp

なお、ご記入いただいた、個人情報は「福島避難者子ども健康相談会」の目的以外で使用することはいたしません。