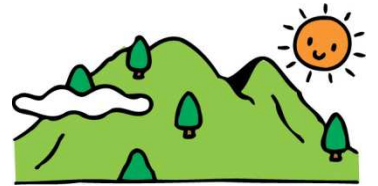


第 49 回ふくおか病院サマーキャンプ募集要項

期 日：サマーキャンプ：令和元年 8 月 6 日（火）～8 日（木）の 2 泊 3 日
 振り返りの会：①令和元年 10 月頃（健康フェア開催時）
 :②令和 2 年 3 月 7 日（土）（予定）

定 員：約 50 名

場 所：福岡県立英彦山青年の家（福岡病院出発、到着）
 〒824-0721 福岡県田川郡添田町大字英彦山 32-18



対 象：小学校 1 年生～6 年生のぜんそくやアトピー性皮膚炎、
 食物アレルギーなどのアレルギー疾患をもつ児童
 ＊キャンプ中の食事：食物アレルギー即時型症状については対応しますが、
 湿疹の悪化などには対応できません。未摂取の食品に関しては負荷試験を
 行っていただきます。やむをえず代替食を持参して頂く場合もあります。

申込期間：平成 31 年 4 月 22 日（月）～令和元年 6 月 17 日（月）

費 用：25,000 円（※兄弟で参加の方のみ 2 人目より 20,000 円）

申込宛先：〒811-1394 福岡市南区屋形原 4 丁目 39-1

（独）国立病院機構 福岡病院内 サマーキャンプ係

TEL:092-565-5534（問い合わせ時間：平日 9:00～17:00）



予 診 日：令和元年 6 月 30 日（日）9 時からを予定

予診を受けて頂き、参加決定をします。

後援（予定）：福岡県教育委員会・福岡市教育委員会・北九州市教育委員会・

福岡市こども未来局・公益財団法人日本アレルギー協会九州支部

（きりとり）

第49回 ふくおか病院サマーキャンプ申込書

年 月 日

参加者氏名	ふりがな		性別
			男・女
生年月日	年 月 日生	年齢 才	学年 年生
保護者氏名	続柄		
連絡先	住所 〒 ー 電話番号()		

※希望者は、応募用紙に必要事項を明記し、保険証のコピーを同封して郵送、または FAX でお申し込み下さい。

6 月中旬ごろ予診問診票等送付します。6 月 30 日（日）に予診を行い、最終の参加決定を致します。

食物アレルギーがあり、現在、除去食を行っている方は下記または別紙に内容を詳細に記載してください。

（代替食をお持ち込み頂く場合の資料となります。）