

NPO Fukuoka Children's Hospice Project

キラキラ わくわく サイエンスのわ!

びょうきやしょうがいのあるこも きょうだいのみんなも
かぞくみんなでたのしめる。やってみたら「わ!」がいっぱい。
わくわくいっぱいふしぎはっけんかがくとあそぼう!



5/21

にちようび

13:30-16:00

会場

九州大学 病院キャンパス
総合研究棟 105号

つくってみよう キラキラわくわく ふしぎアートのぞきばこ

 **UAP** ふくろうの会
Universal Art Project Fukuoro-Kai

「UAPふくろうの会」は病気の子どもも、おじいさんや
おばあさんも、みんなが楽しめる「不思議アートのぞき箱」
を世界中のお友だちに伝え、一緒に遊ぶ活動をしています。



かがくのおにいさんの わくわくじっけん きょうしつ

ふしぎなぶんぶんコマをまわすと
なにがみえる!?
みんなでかがくのせかいを
あそぼう!

要予約

【対象】 病気や障がいのある子どもとそのご家族、お友だち

【参加費】 おとな **500円** 子ども無料 NPO 法人 福岡子どもホスピスプロジェクト 正会員 参加費無料

メール又はファックスで、次の内容を記入の上お申し込みください。
「福岡子どもホスピスプロジェクト」ホームページからもお申し込みいただけます。

- ①お名前・年代 ②連絡先(電話又はメールアドレス) ③住所 ④参加歴
⑤同行者(おとな)のお名前・年代 ⑥同行者(子ども)のお名前・年齢

Email... event@kodomo-hospice.com Fax.....092-409-3271

HP.....<http://kodomo-hospice.com>

- (「Contact us イベント申し込み」ページにアクセスください。)
*お申し込みは5月15日(月) 17時までをお願いします。
*当日参加もできますが、なるべく事前にお申し込みください。
*会場隣室に休憩室をご用意しています。休憩やおむつかえ、充電等にご利用ください。

【主催】

NPO 法人 福岡子どもホスピスプロジェクト
<http://kodomo-hospice.com>  www.facebook.com/fukuokachildrenhospice
九州大学大学院統合新領域学府ユーザー感性学専攻



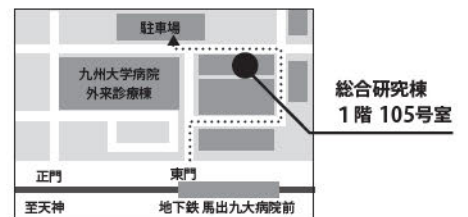
【会場】

九州大学 病院キャンパス
総合研究棟 105号室

〒812-8582 福岡県 福岡市 東区 馬出 3-1-1

会場はバリアフリーです。

車椅子やストレッチャーでご入場いただけます。



◎地下鉄馬出九大病院前から徒歩7分 ◎JR 吉塚駅から徒歩12分
お車の方は、東門から入り、左手の守衛室で手続きをして、用件に
『子どもホスピスプロジェクト』と記載ください。
駐車場代は30分ごとに100円かかります。九大病院外来駐車場
(正門から入車)もご利用頂けます

キラキラわくわく サイエンスのわ!

2017年 **5月21日** [日] 参加費 おとな…500円 子ども…無料
NPO 法人 福岡子どもホスピスプロジェクト 正会員 参加費無料

対象 / 病気や障がいのある子どもとそのご家族、お友だち

*お申し込みは5月15日(月)までをお願いします。



092-409-3271

参加申込書

FAXでもお申し込みいただけます。下記枠欄に記入の上ご送付ください。

①お名前 (代表者)	様 病気や障がいのあるお子様の… <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	②連絡先 電話番号 ご自宅又は携帯 (連絡の取りやすい方)	
メールアドレス		@
③住所	〒	
④参加者 子ども	お名前 (才)	病名又は障がいの状況・備考等
	<input type="checkbox"/> 病気や障がいのあるお子様 <input type="checkbox"/> きょうだい <input type="checkbox"/> お友達	
	お名前 (才)	病名又は障がいの状況・備考等
<input type="checkbox"/> 病気や障がいのあるお子様 <input type="checkbox"/> きょうだい <input type="checkbox"/> お友達		
⑤参加者 おとな (代表者以外)	お名前 (才)	病名又は障がいの状況・備考等
	<input type="checkbox"/> 病気や障がいのあるお子様 <input type="checkbox"/> きょうだい <input type="checkbox"/> お友達	
	お名前 (才)	病名又は障がいの状況・備考等
<input type="checkbox"/> 病気や障がいのあるお子様の… <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> その他 ()		
様 病気や障がいのあるお子様の… <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> その他 ()		
様 病気や障がいのあるお子様の… <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> その他 ()		
様 病気や障がいのあるお子様の… <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> その他 ()		

その他備考・連絡事項の記入スペースが足りない場合は適宜用紙を追加してください。

*記載いただいた個人情報につきましては、本会での出席管理及び今後の子どもホスピスプロジェクトの情報発信のみに使用いたします。ご本人の承諾がない限り前述の目的以外に使用、第三者に提供又は開示いたしません。
*当日、記録画像の撮影を行う予定です。撮影したものは福岡子どもホスピスプロジェクトのHP・印刷物等に使用させていただく場合があります。同意の上ご参加いただけますよう、お願い申し上げます。
*マスコミの取材が入る場合があります。あらかじめご了承ください。