

春休み がん予防ウォッチ 参加申込書

学校名： _____ 小学校

現在の学年： _____ 年 年齢： _____ 才 性別： 男 ・ 女

ふりがな
氏名：

参加したいと思った理由を教えてください

ふりがな
保護者氏名：

連絡先：
(携帯 / 自宅) 日中に連絡がとれる番号をお願いします

- 保護者同行の有無（どちらかに○をつけてください）。

同行あり 同行なし

- 参加された様子を好生館ホームページなどに掲載を予定しております。写真等掲載の可否をお伺いします。

許可する 許可しない

- 当日、おやつを準備しております。アレルギー（乳・卵・小麦）の記載をお願いします。

なし あり（品目： _____）

※申し込みは、3月28日（水）12:00までに、FAX をお願いします。

※お申し込み頂いた児童の会場（佐賀県医療センター好生館）までの送迎等は、保護者の責任でお願いします。

駐車場は会場敷地内をご利用ください。駐車券を会場にお持ち頂ければ駐車料は無料です。

申込FAX 0952-28-1250

(問合せTEL: 0952-28-1210)