

FAX029-221-8618

(社福) 茨城県母子寡婦福祉連合会 行

親子すこやか宿泊研修参加申込書					
	氏 名	性別	年齢	学年	母子会
母					会員・非会員
子					(どちらかに○)
子					
子					
※お名前にはフリガナを記入してください。					
住所	〒				
電話番号	当日連絡が取れる番号を記入してください。				
アレルギーの有無		有・無 (どちらかに○)			
<有の場合>					
氏名		食物			
氏名		食物			
・その他何か知らせたいことがありましたらご記入ください。					
以下の約束事を確認しチェックをいれてください。					✓
・2日間の全日程に参加できます。					
・飲酒及び喫煙はしません。					
・申込後参加できなくなった場合には速やかに連絡します。					

お申し込みはFAXか郵便でお願いします。

FAX 029-221-8618

※FAXした旨の電話連絡をお願いします。

住所 〒310-0065 水戸市八幡町11-52

TEL 029-221-7505 (問い合わせや送信連絡)

E-mail : kenboren-8@poppy.ocn.ne.jp

●応募者多数の場合は抽選になります。