

メディカルキッズ中津川

申 込 書

参加 申込 者	氏 名	ふりがな	所属小学校名			
	住 所	〒				小学校
	生 年 月 日	平成	年	月	日	電話 ()
保 護 者 氏 名 連 絡 先	身 長		性 別	男 女	いずれかを ○で囲む	
	保護者 氏 名					
	連絡先 等	自宅電話番号 TEL				
	連絡先	緊急連絡先(携帯電話等) TEL				
	保護者からの連絡事項(特に必要な場合に記入してください。)					

- ※ 申込用紙は、下記あてに郵送、FAX又は持参して下さい。
- ※ 応募人数が募集人員を超えた場合は、抽選により選考させていただきます。
- ※ 身長は、白衣のサイズの参考とさせていただきます。

【申込期限】

平成26年7月7日(月) 必着

【申込・問合せ先】

〒508-8501

岐阜県中津川市かやの木町2番5号(健康福祉会館内)

中津川市地域総合医療センター

TEL 0573-66-1111(内線659・678)

FAX 0573-62-0058

* お問い合わせは、月曜日～金曜日の午前9時から午後5時までにお願ひします。