メディカルキッズひるかわ２０１７
申　　込　　書

<table>
<tr><td rowspan="3">参加申込者</td><td>氏　名</td><td colspan="3">ふりがな</td><td colspan="3">所属小学校名

小学校</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="6">〒　　－

電話　　（　　）</td></tr>
<tr><td>生　年
月　日</td><td colspan="2">平成　　年　　月　　日</td><td>身
長</td><td>ｃｍ</td><td>性
別</td><td>男
女
いずれかを
○で囲む</td></tr>
<tr><td rowspan="4">保護者氏名連絡先</td><td>保護者
氏　名</td><td colspan="3"></td><td>保護者
参加の有無</td><td>参加
不参加
いずれかを
○で囲む</td></tr>
<tr><td rowspan="3">連絡先
等</td><td colspan="6">自宅電話番号
TEL</td></tr>
<tr><td colspan="6">緊急連絡先(携帯電話等)
TEL</td></tr>
<tr><td colspan="6">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。）</td></tr>
</table>

※　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２９年７月１０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時までにお願いします。