

# メディカルキッズあぎ2018

## 申 込 書

参加 申込 者	氏 名	ふりがな	所属小学校名			
	住 所	〒 ー				
	生 年 月 日	平成 年 月 日	身 長	c m	性 別	男 } いずれかを 女 } ○で囲む
保 護 者 氏 名 連 絡 先	保護者 氏 名	保護者 参加の有無		参加 } いずれかを 不参加 } ○で囲む		
	連 絡 先 等	自宅電話番号 Tel				
		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30年7月9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時までをお願いします。