

※FAXで申込まれる場合は、下記番号に送付してください。(送信票不要)

FAX : 099-286-5556 健康増進課 上村 行き

令和5年度 親子療養所訪問 参加申込書

申込月日	令和 5 年 月 日		
住 所	(〒 -)		
電 話	(自宅・携帯・職場) ※ 日中, 連絡がとれる番号を記載してください。		
参加者	氏名 (ふりがな)	年齢	学年又は職業
過去の参加経験	有 ・ 無 →→ 「有」の場合 今回で()回目		
集合場所 および 駐車場利用	() 鹿児島県庁集合 駐車場利用希望 (有 ・ 無) (↓有の場合, 駐車場利用の車のナンバーを記入してください) → 登録ナンバー() ※ 記入例:鹿児島500 あ 1234		
	該当部分に ○をつけて ください。 () 星塚敬愛園集合(現地集合) 駐車場利用希望 (有 ・ 無) (↓有の場合, 駐車場利用の車のナンバーを記入してください) → 登録ナンバー() ※ 記入例:鹿児島500 あ 1234		

※ 自家用車等の登録ナンバーについては、駐車場での無料処理申請等に利用します。
 ※ ふりがな・年齢等については、傷害保険の加入に必要ですので、必ず全員記入してください。
 (参加当日の年齢)