

※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 岩元 行き

令和7年度 親子療養所訪問 参加申込書

申込月日	令和 7 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)		生年月日(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				
訪問希望療養所名	()星塚敬愛園		()奄美和光園		
集合場所 および 駐車場利用	1	有 ・ 無	鹿児島県庁集合(バス利用)		
		有 ・ 無	県庁駐車場利用		
		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。	2	有 ・ 無	星塚敬愛園集合(現地集合)		
		有 ・ 無	敬愛園駐車場利用	有 ・ 無	和光園駐車場利用
		登録ナンバー() ※記入例:鹿児島500 あ 1234		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)