

# 申込書

お申込書みは、慈恵病院までご持参ください。

参加者氏名	ふりがな	生年月日	年齢
		年 月 日	歳
所属学校			
アレルギー	有・無 (丸を付けてください)		
持病の有無 (ぜんそくなど)			
保護者氏名	ふりがな		
住所	〒		
緊急連絡先 (携帯電話)			

高校生以下まで無料で参加できます。

お問い合わせ先  
慈恵病院 事務部

TEL.096-355-6131

申込書持参先住所 熊本市西区島崎6-1-27