

申込No.	参加日
-------	-----

夏休みARINKOMURA 保育の職場体験参加申込書

参加希望日	希望日に○をつけて下さい 7月 31日(火) 8月 3日(金) 8月 7日(火) その他希望日 8月 日	体験希望クラスに○をつけて下さい 0歳児クラス 1歳児クラス 2歳児クラス 3歳児クラス 4、5歳児クラス 調理室	
ふりがな		性別	生年月日
参加者氏名		男・女	年 月 日 歳
学校名	学年 年		
住 所	〒		
TEL			
緊急連絡先	氏名	続柄	
	TEL		
那珂キッズクリニック小児科診察券番号			
今まで済ませた 予防接種	接種済みには○をつけて下さい ヒブ(1・2・3・追) 肺炎球菌(1・2・3・追) BCG B型肝炎 ポリオ(1・2・3・追) 麻疹風疹混合(1期・2期) 水痘(1・2) おたふく(1・2)		
今までかかった 病気	○をつけて下さい 麻疹 おたふく 水痘 喘息 アトピー その他アレルギー() ひきつけ・けいれんの経験(回) その他()		
参加の承諾	※写真撮影及び写真の利用について 撮影及びARINKOMURAホームページ等の掲載に 同意する・同意しない		
保護者氏名	未成年の場合のみご記入下さい。 <div style="text-align: right;">印</div>		

※提出して頂いた申込み内容は、上記目的以外には使用することはありません。