

申込 NO.	参加日
--------	-----

夏休み ARINKOMURA 職場体験参加申込書

参加希望日	希望日に○をつけてください。 8月2日(金) 8月6日(火) 8月8日(木) その他 8月 日希望	体験希望クラスに○をつけてください。 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			
今までに済ませた 予防接種	接種済のものに○をつけてください ヒブ(1・2・3・追) 肺炎球菌(1・2・3・追) B型肝炎(1・2・3) 四種混合 or 三種混合(1・2・3・追) BCG 麻疹風疹混合(1期・2期) 水痘(1・2) おたふく(1・2) 日本脳炎(1・2・追・2期) 二種混合(1・2・3・追) ポリオ(1・2・3・追)		
参加の承諾	※写真撮影および写真の利用について 撮影および 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	参加者が未成年の場合、ご記入ください。 ㊟		

※提出していただいた申し込み内容は、上記目的以外に使用することはありません。