

ブラック・ジャックセミナー申し込み用紙

年 月 日

参加者氏名（お子様）		学年
		小学 年
小学校名	小学校	
保護者氏名		
ご住所	〒	
保護者参加の有無	有（ 名）	無
緊急ご連絡先	— —	
メールアドレス	@	

【注意事項】

- ※秦野市及び近隣の小学4～6年生を対象とします。
- ※当日参加する保護者は、18歳以上の方を対象とします。（高校生以下は、含みません）
- ※当日はカメラやビデオなどでの撮影がございます。
- ※キャンセルをする場合は、10月12日(金)17:00までにご連絡ください。
- ※別紙「個人情報の使用許諾ならびに撮影等の同意書」にご同意いただけない場合、ご参加いただくことができかねますので予めご了承ください。

お問い合わせ先

秦野赤十字病院 医療情報課

TEL 0463-81-3721

FAX 0463-82-4416

メールアドレス info@hadano-jrc.jp