子どもアドベンチャー2018　「子ども災害医療体験ツアー」

参加申込書

　太枠内をご記入の上、seijink1@yokohama-cu.ac.jp までメール添付でお送りください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日　2018年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| ①参加者（お子さま）氏名 |  |
| ②お子さまの学年 | 小４　・　小５　・　小６　（○をつけてください） |
| ③保護者の氏名 |  |
| ④連絡用メールアドレス |  |
| ⑤日中に連絡がとれる電話番号 |  |
| ⑥ご住所（区まで） | 横浜市　　　　　　　　　　区 |
| ⑦ごきょうだいでの参加申し込みの有無 | 　なし　・　あり（お名前：　　　　　　　　　　　　　） |
| ⑧参加者以外の同伴予定者数 | 　　　　　　　　　　　名 |

横浜市立大学看護学科成人看護学領域

　　　　　　　　　　　　事務局使用欄