【申し込み先】

E-mail：center21@kanazawa-med.ac.jp

Fax：076-286-2372

**「夏休みキッズ探検隊」参加申込書**

**【お願い】**安全にイベントに参加していただくために、事務局から内容確認のご連絡をさせていただきます。

**1．参加するお子さんについて**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | フリガナ | 学年 | 性別 |
| 1. |  |  | 男・女 |
| 2. |  |  | 男・女 |
| 3. |  |  | 男・女 |

**2．患者さんについて**

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ）氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　（ 男 ・ 女 ） |
| 住所 | 〒 |
| 連絡先 | E-mail：TEL： |
| 備考 | ※ご連絡に際し、都合の悪い曜日や時間帯があればご記入ください |
| 受診中の病院 |  |

**3．お子さんに関する連絡に対応していただける方について（患者さんと異なる場合）**

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ）氏名 | 　　　　　（ 男 ・ 女 ）子どもとの続柄（　　　　　） |
| 住所 | 〒 |
| 連絡先 | E-mail：TEL： |
| 備考 | ※ご連絡に際し、都合の悪い曜日や時間帯があればご記入ください |

＊このイベント内で取得した個人情報は、該当事業内で利用し、適切に取り扱われます。

＊参加の可否については、後日ご連絡いたします。

