柴三郎プログラム夏期セミナー申し込み書

(Fax送信先：096-373-5052)

|  |  |
| --- | --- |
| 参加希望者名前・年齢  （フリガナ） | 歳  男・女 |
| 住所 | 〒 |
| 高校名・学年 | 高校　　　　年 |
| 連絡先  ＊携帯番号など必ず連絡が取れる手段 |  |
| 保護者氏名・  続柄 |  |
| 保護者緊急連絡先  ＊携帯番号など必ず連絡がとれる手段 |  |
| 注意事項  ＊食べ物アレルギー、基礎疾患、服用薬など主催者が事前に知っておくべき事項がありましたら記入して下さい |  |

上記参加希望者が、柴三郎プログラム夏期セミナーに参加することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成30年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名

　　　　　　　　　　　　　　（署名）