

※FAXで申込まれる場合は、下記番号に送付してください。(送信票不要)

FAX:099-286-5556 健康増進課 岩元 行き

令和6年度 親子療養所訪問 参加申込書

申込月日	令和 6 年 月 日		
住 所	(〒 -)		
電 話	(自宅・携帯・職場) ※ 日中、連絡がとれる番号を記載してください。		
参加者	氏名 (ふりがな)	年齢	学年又は職業
過去の参加経験	有・無 →→ 「有」の場合 今回で()回目		
訪問希望療養所名	()星塚敬愛園	()奄美和光園	
集合場所 および 駐車場利用	有・無	鹿児島県庁集合(バス利用)	
	有・無	県庁駐車場利用	
	登録ナンバー() ※記入例:鹿児島500 あ 1234		
該当部分に ○をつけて ください。	有・無	星塚敬愛園集合(現地集合)	奄美和光園集合
	有・無	敬愛園駐車場利用	有・無 和光園駐車場利用
	登録ナンバー() ※記入例:鹿児島500 あ 1234		登録ナンバー() ※記入例:鹿児島500 あ 1234

※ 自家用車等の登録ナンバーについては、駐車場での無料処理申請等に利用します。
 ※ ふりがな・年齢等については、傷害保険の加入に必要です。必ず全員記入してください。
 (参加当日の年齢)