

**キッズセミナー事務局**

〒834-0034 八女市高塚540-2

公立八女総合病院 診療支援課

TEL:0943-23-4131(代表) FAX:0943-22-6929(直通)

担当:古賀 健・福田 健一

参加希望の生徒の方は下記の申込書に記入の上、郵送又はFAXにて申込をお願いします。

同一学校から複数名申込の場合も、一人一枚ずつ申込書を提出して下さい。

参加目的も含めて、以下の項目を**もれなく**記入して下さい。

参加応募多数の場合は、参加目的等から選考させていただきます。

**参加申込書〆切を平成21年11月10日(火)必着とさせていただきます。**

**キ ャ ッ セ ミ ナ ー**

**<参加申込書>**

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		年齢	
学校名・学年			
担当教諭			
自宅住所	〒		
自宅連絡先			
緊急連絡先	本人:		
	家族:		
参加目的			

御提供頂きました個人情報、御本人の同意なく第三者に提供いたしません。