

別紙

<< 保育ルームの利用申し込み >>

日時：平成 年 月 日 ()

講演・研修名

◎申込者（保護者）

氏名： _____

住所： _____

所属医師会名： _____ 医師会

電話（当日連絡可能な番号もお聞かせください）：

◎希望時間〔午前・午後 時から午前・午後 時の間〕

◎児の氏名： _____

年齢： _____ 歳 _____ か月 性別： 男 ・ 女

◎その他特記事項：