

サマーキャンプ申込用紙

全日程 参加します。

一部 参加します。

- ① 月 日() 時 分 [要：朝食・昼食・夕食]
 ～ 月 日() 時 分 [要：朝食・昼食・夕食]
- ② 月 日() 時 分 [要：朝食・昼食・夕食]
 ～ 月 日() 時 分 [要：朝食・昼食・夕食]

※一部参加の場合、現地までの送迎は保護者の方でお願いします

保護者・OB・OG (該当に○印をつけてください)

- ・参加者氏名()
- ① 月 日() 時 分 [要：朝食・昼食・夕食]
 ～ 月 日() 時 分 [要：朝食・昼食・夕食]
- ② 月 日() 時 分 [要：朝食・昼食・夕食]
 ～ 月 日() 時 分 [要：朝食・昼食・夕食]

- ・参加者氏名()
- ① 月 日() 時 分 [要：朝食・昼食・夕食]
 ～ 月 日() 時 分 [要：朝食・昼食・夕食]
- ② 月 日() 時 分 [要：朝食・昼食・夕食]
 ～ 月 日() 時 分 [要：朝食・昼食・夕食]

〒 -

住 所

参加者氏名(患児)

生年月日 平成 年 月 日

年齢(参加日当日) 才 (小・中・高 年)

保護者氏名

連絡先(常時連絡可能な)

電話番号:

e-mail:

岡山赤十字病院 医療社会事業部社会課内
 岡山小児糖尿病協会 事務局
 電話番号 086-222-8811 内線 21176、21995
 FAX 番号 086-222-8841

締切日 6月30日(金)