

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

保護者参加者 (参加費は当日実費をいただきます)

例：1泊2日3食の場合 約2,850円

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)

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 1176、1995
FAX 番号 086-222-8841

締切日 6月30日(月)