

夏の体験キャンプ

青少年育成事業

申込用紙

児童氏名 (ふりがな)		男・女	
生年月日	平成 年 月 日生 歳		
学校名		学年	
持病及び 食べ物アレルギーなど		持病による 持参する薬の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
住所 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
保護者氏名 (ふりがな)			印
日中及び夜間連絡できる場所 ※市外局番からご記入ください ()-()-()			
資料の受け取り方法 <input type="checkbox"/> FAX()-()-() <input type="checkbox"/> 上記住所へ郵送希望			
集合解散場所の希望 28日集合 <input type="checkbox"/> 鹿児島中央駅西口 <input type="checkbox"/> 奄美の里 / 29日解散 <input type="checkbox"/> 鹿児島中央駅西口 <input type="checkbox"/> 奄美の里			
紹介者 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 「どのように知りましたか？」 <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> ホームページから <input type="checkbox"/> フェイスブックから <input type="checkbox"/> その他			

ご提供いただいた個人情報は、青少年育成事業 夏の体験キャンプのお申し込み目的以外の使用、ならびに他企業・団体への提供をすることは一切ございません。

FAX 送信先

099-821-7665

お問合せ先



鹿児島キワニスクラブ

〒892-0841
鹿児島県鹿児島市照国町 2-27 第二天神ビル 202 号
TEL:099-239-7050 FAX:050-3309-8501
<http://kagoshima-kiwanis.com/>

TEL090-8666-8179 事業委員長：堂岡宛