

【 参加申込書 】

申込日：令和 8 年 月 日

子ども	フリガナ	
おなまえ	小学 年生	男 ・ 女
保護者	フリガナ	
氏 名		男 ・ 女
電話番号	* 日中ご連絡がつく番号をお願いします	

◎個人情報 は、当講座以外には使用いたしません

<お申し込みの前にご確認ください>

- ・先着 6 組とさせていただきます。
- ・レストランでお申込みの際は、申込書に必要事項をご記入の上レストランスタッフへお渡しください。
- ・キャンセルの際は、7月31日（金） 12：00 までにご連絡をお願いします。
当日のキャンセルは、参加費を請求させて頂く場合がございます。
- ・申込みが 2 組以下の場合は中止といたします。（お電話にてご連絡いたします）

【申込み・問合せ】

（公財）岩手県予防医学協会 健康支援課

電話：019－638－4886

9：00～16：00（土・日・祝日を除く）

* レストランでお申込みの際は、こちらの申込書をスタッフへお渡しください