

平成28年度 入園説明会・給食試食会 参加申込書 (FAX専用)

大阪成蹊短期大学附属こみち幼稚園 行

FAX送信先 06-6829-3314

* 下記のフォーム(1~4)に必要事項をご記入の上、送信してください。

* 記載内容について確認させていただく場合がありますので、必ず連絡先をご記入ください。

1	フリガナ		生年月日	平成	年	月	日生
	幼児氏名						
	連絡先	※連絡がしやすい電話番号をご記入ください。 ()					

2	入園説明会	参加 ・ 不参加	⇒	↓いずれかに○をおつけください。				↓参加日に○をおつけください。			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9/5(土)	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9/12(土)	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9/18(金)	

※複数日のご参加も可能です。

3	給食試食会	参加 ・ 不参加	⇒	↓いずれかに○をおつけください。				↓参加日に○をおつけください。			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9/5(土)	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9/12(土)	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9/18(金)	※アレルギー対応不可
★アレルギーの有無	★参加の方は、必ずご記入ください。							※試食会は、いずれか1回のみのご参加となります。			
	無し ・ 有り → (内容:)										

* 入園説明会のみのご参加、給食試食会のみのご参加も可能です。

* アレルギーの程度によっては、対応できない場合もあります。予めご了承くださいませよう願いたします。

4	駐車場利用の有無	利用する ・ 利用しない	備考	記入例)雨天時のみ駐車場利用 など
---	----------	--------------	----	-------------------

* こちらから確認させていただきたい事柄がある場合のみ連絡させていただきます。