

消防トライアル参加申込書

学校名	長久手市立 _____ 小学校 _____ 年			
参加者	ふりがな			性別
	氏名			男・女
	住所			
緊急 連絡先	第1	氏名		続柄
	連絡先	電話番号		
連絡先	第2	氏名		続柄
	連絡先	電話番号		
既往歴				
掛かり つけ医	病院名			
	所在地			
備考※				

※ お子様の健康状態等で注意すべき事項がございましたら備考欄にご記入ください。

※ お申込みいただいた個人情報、本事業の目的以外で使用することは一切ありません。