

令和元年度ママとパパの医療講座申込書 前期



FAX送信先：078-862-6085



申込受付は7月8日(月)から

◎ご希望の講座をお申込みください。(複数可)

ふりがな	お申込日 月 日			
申込者 氏名	TEL :			
	FAX :			
	メールアドレス :			
ご住所	〒 ()			
受講 希望日	◎該当する□に☑(チェック)を記入してください			
	前期講座	1家族単位の申込みです(お一人でも可) 代表者様を含む受講人数 大人 名		
	□9月28日(土)	□10月19日(土)	□11月16日(土)	
	夏休み 特別講座	親子で参加 (大人 名)(子供 名)		
	□8月3日(土)			
	AED実演講習に参加されるお子様のお名前(ふりがな、年齢をご記入ください)。			
(ふりがな) (ふりがな) (ふりがな)				
(名前) (名前) (名前)				
(年齢) 歳 (年齢) 歳 (年齢) 歳				
託児の 利用希望	この講座の受講中、ご希望があれば1歳児～未就学児のお子様をお預かりさせていただきます。 歳児(男・女) 歳児(男・女) 歳児(男・女) 合計 名			
今後開催して欲しい内容・興味のある内容など				

※ 必要時、ご連絡を差し上げることがありますので、連絡先のお電話番号は必ずご記入ください。

※ お申込み後、やむをえずご欠席される場合は必ず事前にご連絡下さい。

※ ご記入頂いた個人情報、この講座に関する諸連絡以外には利用いたしません。



神戸こども初期急病センター (一般財団法人 神戸市小児救急医療事業団)

総務課 TEL (078-862-6075)

◎「神戸こども初期急病センター」は、神戸市と神戸市医師会をはじめとする市内の医療関係団体が協働で設立した「一般財団法人神戸市小児救急医療事業団」が運営する施設で、市民の皆様が「安心して子どもを育てることのできる街づくり」を目指しています。