

第5回 中学生医療探検講座 参加申込書

メール、郵送、FAX のいずれかの方法でお申込みください。

※ご記入いただいた個人情報は本事業以外での使用はいたしません。

(ふりがな)

◆参加者氏名 _____

(ふりがな)

◆保護者氏名 _____

◆通っている中学校 _____ 中学校

◆学年 _____ 年生

◆住所

〒 _____

稚内市 _____

◆電話番号 _____

◆普段着用している衣服のサイズ _____

※参加するときに着用するユニフォームを用意する時の参考にします。

◆医師等への質問はございますか？

◆申込期限 **令和6年12月27日(金)まで**

※郵送の場合は消印有効です。

◆申込先及び問合せ先

〒097-8555 稚内市中央4丁目11番6号

市立稚内病院 庶務課 庶務・保育グループ 担当：工藤

TEL：0162-23-2771（内線 173）

FAX：0162-23-5636

E-mail：hos-syomu@city.wakkanai.lg.jp

みなさんの参加
お待ちしております！

