

しっぽの仲間えほんの会

参加申込書

名前	(ふりがな)
現住所	〒 ー
電話番号	
携帯電話番号	

希望時間		① 13:00~14:45 ② 15:00~16:45
------	--	----------------------------------

参加人数		： 人	※大人の方の年齢記載は不要です。
(ふりがな)			
名前			歳・大人
(ふりがな)			
名前			歳・大人
(ふりがな)			歳
(ふりがな)			歳
(ふりがな)			歳

●プログラム中に写真を撮らせていただきます。用途は当院のホームページに掲載院内展示などです。

個人を特定出来るような掲載は致しません。顔は写らないように撮らせて頂きます。

同意します。 同意しません。

●記入して頂いた、名前・住所・電話番号は「ボランティア・市民活動行事保険」加入のため、社会福祉法人大阪市社会福祉協議会へ提出させていただきます。

同意します。 同意しません。

※住所は保険加以外で使用することはありません。

※書いて頂いた電話番号にイベントの中止や延期、確認事項がある場合等、こちらからご連絡させて頂くことがあります。

ご了承ください。