

**FAX:03-3311-3119**

ニューハート・ワタナベ国際病院  
第4回少年少女医学教室 宛て

**第4回 浜田山ヒルズ 少年少女医学教室**

開催日：2016年7月28日(木) 受付 AM 9:30 AM10:00~PM1:00

**参加申込書**

参加者 氏名 (お子さま)	生年月日
ふりがな	年 月 日 ( 歳)
ご住所	ご連絡先
〒 -	電話： FAX：
E-mail	性別
	男 ・ 女
学校名	学年
	(小学・中学 年生)
ご家族の見学の有無	* 同席される方の性別
有 ・ 無	男 ・ 女
* 同席される方のお名前	* 同席される方の生年月日
ふりがな	年 月 日 ( 歳) * ご関係 ( )
保護者の同意の有無	
<input type="checkbox"/> 同意あり *チェックしてください。	
プログラムに期待すること	

**締切り 7月21日(木)必着 先着順**

※病院に直接持参して頂いても結構です。念のため  
ご参加が決まった方には電話でご連絡いたします。