

WELCOME シート

申込日: 年 月 日

A

<input type="checkbox"/> 見学のみ			<input type="checkbox"/> 利用希望			<input type="checkbox"/> 利用検討中			<input type="checkbox"/> その他()		
申込者	フリガナ				勤務先						
	氏名										
住所											
連絡先	TEL										
	メールアドレス										

B 利用希望の方・検討中の方は、以下すべてご記入をお願いします

フリガナ					(愛称)		性別
お子さんのお名前							男・女
生年月日	(西暦)	年	月	日	年齢	歳	ヶ月
住所							
連絡先	父			母			
所属施設名	保育園・幼稚園・小学校・中学校						

ご家族(お子さんと同居の方のみご記入ください)

お名前	続柄	年齢	勤務先・学校

お子さんの診断名	
入院中またはかかりつけの病院名	
担当医	
利用希望日	年 月 日 未定

備考

メール送信はこちら



こどもホスピス ねむの木のしたで・・・ しろやぎさんのポシェット分室
那珂キッズクリニック小児科
TEL 029-212-5630
FAX 029-353-2662
Mail naka_kids_clinic@yahoo.co.jp