

※FAXで申込まれる場合は、下記番号に送付してください。(送信票不要)

FAX:099-286-5556 健康増進課 田島 行き

令和8年度 親子療養所訪問 参加申込書

申込月日	令和 8 年 月 日		
住 所	(-)		
電 話	(自宅・携帯・職場) ※ 日中、連絡がとれる番号を記載してください。		
参加者	氏名 (ふりがな)		生年月日(年齢)
			()
			()
			()
			()
			()
			()
過去の 参加経験	有 ・ 無 →→ 「有」の場合 今回で()回目		
訪問希望 療養所名	() 星塚敬愛園		() 奄美和光園
集合場所 および 駐車場利用	1	有 ・ 無 鹿児島県庁集合(バス利用)	
		有 ・ 無 県庁駐車場利用	
		登録ナンバー() ※記入例:鹿児島500 あ 1234	
該当部分に ○をつけて ください。	2	有 ・ 無 星塚敬愛園集合(現地集合)	奄美和光園集合
		有 ・ 無 敬愛園駐車場利用	有 ・ 無 和光園駐車場利用
		登録ナンバー() ※記入例:鹿児島500 あ 1234	登録ナンバー() ※記入例:鹿児島500 あ 1234

※ 自家用車等の登録ナンバーについては、駐車場での無料処理申請等に利用します。

※ ふりがな・年齢等については、傷害保険の加入に必要ですので、必ず全員記入してください。
(参加当日の年齢)