

夏休みこども薬剤師体験 FAX 申込書

FAX 送信先：078-801-5517（なぎさ薬局）



夏休みこども薬剤師体験 申込書



【参加希望日】（✓を入れてください）

☐ 8月2日（日）希望

☐ 8月9日（日）希望

☐ どちらでも可

【お子さまのお名前】

ふりがな

漢字

【性別】（○をつけてください）

男 女

【年齢】

_____ 歳

【学年】（○をつけてください）

小学1年 小学2年 小学3年

【小学校名】

【同伴者】（○をつけてください）

父 母 祖父 祖母

その他（ ）

※保護者またはご家族1名同伴でお願いいたします。

【当日連絡のつく電話番号】

【アレルギー・注意事項など】
