

※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)	学年又は職業
		(    )	
		(    )	
		(    )	
		(    )	
		(    )	
		(    )	
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	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。	有 ・ 無	星塚敬愛園集合(現地集合)	
	有 ・ 無	敬愛園駐車場利用	有 ・ 無
		登録ナンバー(    ) ※記入例:鹿児島500 あ 1234	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)