

参加申込書(学校から島根県支部あて)

令和3年 月 日

日本赤十字社島根県支部 事業推進課 行

学校名: _____

学校長名: _____

記入者名: _____

令和3年度島根県青少年赤十字
リーダーシップ・トレーニング・センター(隠岐会場)の申込について

下記のとおり参加申込みいたします。 参加申込児童・生徒数 合計 ()名

1	ふりがな 参加者氏名	性別(男・女)/学年()年
	住所・電話番号・ 保護者氏名	〒 TEL 保護者氏名()
	アレルギーの有無	(有・無) ※該当する食材・症状()
2	ふりがな 参加者氏名	性別(男・女)/学年()年
	住所・電話番号・ 保護者氏名	〒 TEL 保護者氏名()
	アレルギーの有無	(有・無) ※該当する食材・症状()
3	ふりがな 参加者氏名	性別(男・女)/学年()年
	住所・電話番号・ 保護者氏名	〒 TEL 保護者氏名()
	アレルギーの有無	(有・無) ※該当する食材・症状()
4	ふりがな 参加者氏名	性別(男・女)/学年()年
	住所・電話番号・ 保護者氏名	〒 TEL 保護者氏名()
	アレルギーの有無	(有・無) ※該当する食材・症状()
5	ふりがな 参加者氏名	性別(男・女)/学年()年
	住所・電話番号・ 保護者氏名	〒 TEL 保護者氏名()
	アレルギーの有無	(有・無) ※該当する食材・症状()
ふりがな 参加教員氏名 (引率または指導スタッフで 参加される場合)		性別(男・女)/学年()年/担当教科()

※5名以上申込される場合は、本書をコピーしてお申込み下さい。
※ご記入頂いた個人情報、本事業のみ使用し、厳正管理いたします。