FAX送付

**０４４－９００－８３８６**

**カルトナージュワークショップ・参加申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| **参加する日に〇を付けてください** | **（　　）2019年3月23日（土）****10：00～12：00** |
| **（　　）2019年3月23日（土）****13：30～15：30** |
| **住　　所** | **〒** |
| **連絡先** | **電話番号** |
| **E-メール** |
| **保護者（お名前）** |  |
| **保護者同伴** | **○して下さい　　　　　　　　　　する　　　　　　しない** |
| **参加者名** | **氏　名** | **年齢・新学年** | **電話番号** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 備考 |

★連絡や保険の加入等に必要な情報となりますので、もれなく記入してください。

★記載いただいた個人情報は、本事業の運営以外の目的で使用することはありません。

★先着順の受付となります。

★参加費は当日ご持参ください。