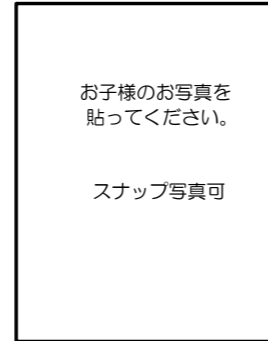


入会申込書

★お子様について

ふりがな	
お子様氏名	
平成 年 月 日生 (満 歳)	血液型 型 男・女
ふりがな	
現住所 〒 -	
ご自宅TEL () - -	
最寄り駅 線 駅 徒歩 分	
小学校名 小学校 年 組	
既入会のご兄弟 無 ・ 有 お名前 (



入会希望のコース	レギュラー会員 週 日コース ・ 一時利用会員 ・ 一日回数券利用
通所予定の曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土
車送迎	必要 ・ 不要

★ご家族について

ふりがな			続柄
保護者氏名			
お電話番号	FAX番号		
携帯電話			
メールアドレス 連絡メール配信先 (複数可)			

緊急連絡先① 第1優先

氏名	お子様からみた続柄	母 ・ 父 ・ 祖父母 ・ 兄弟 ・ 他 ()
お電話番号		

緊急連絡先② 第2優先

氏名	お子様からみた続柄	母 ・ 父 ・ 祖父母 ・ 兄弟 ・ 他 ()
お電話番号		

緊急連絡先③ ①、②につながらない場合

氏名	お子様からみた続柄	母 ・ 父 ・ 祖父母 ・ 兄弟 ・ 他 ()
お電話番号		

★ご家族の状況

氏名	お子様からみた続柄	お住まい	勤務先及び学校名学年
		同居 ・ 別居	
		同居 ・ 別居	
		同居 ・ 別居	
		同居 ・ 別居	
		同居 ・ 別居	

★健康に関して

かかりつけの病院 (医院)	診療科	住所	電話番号

※救急車での緊急搬送に際しては、病院側の指示に従い搬送させていただきます。

アレルギー	無 ・ 有 (アレルギーが分かっている場合は、ご記入下さい。)				
症状・対処法・お薬など	詳しくご記入下さい。				
既にかかった伝染病	はしか	済 ・ 未	おたふくかぜ	済 ・ 未	その他
	水疱瘡	済 ・ 未	風疹	済 ・ 未	
接種済みの予防接種	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> ポリオ	<input type="checkbox"/> 麻疹・風疹	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	
	<input type="checkbox"/> 三種混合	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	<input type="checkbox"/> ヒブ	<input type="checkbox"/> 水疱瘡	
平常時 体温	℃				
その他伝えておきたいこと					

アフタースクール二条に入会の上は、方針・会員規約に従います。
緊急時の治療をうけることについて、アフタースクール二条の職員に委任します。
写真・映像の使用については、個人情報の取扱いどおりに承諾致します。

保護者氏名

印