|  |
| --- |
| **マザーグース入会申込書**  **お申し込みは、ご郵送またはFAX0467-57-1174へ** |
| **申し込み日　　　年　　月　　日** |
| **申込者氏名（フリガナ）** |
|  |
| **ご住所（フリガナ）** |
| **〒**  **TEL**  **FAX** |
| **生年月日　　　昭・平　　　年　　月　　日　　　　　歳　　　　　　　　　　　　　　　　男・女** |
| **勤務先名（フリガナ）** |
|  |
| **勤務先住所（フリガナ）** |
| **〒**  **TEL**  **FAX** |
| **お子様氏名（フリガナ）　　　　　　　　　呼び名　　　　　　　　　血液型** |
|  |
| **生年月日　　　　平・令　　年　　月　　日　　　　歳　　カ月　　　　　　　　　　　　　男・女** |
| **学校・園名（フリガナ）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　　組** |
| **学校・園住所（フリガナ）** |
| **〒**  **TEL** |
| **お子様のくせ、特徴、好きな遊び、ご要望等** |
|  |
| **今までかかった病気（アレルギーの有無）** |
|  |
| **かかりつけの医師** |
| **〒**  **TEL** |