

# 受講申込書(兼入会申込書)

平成30年 月 日

上越おもちゃ病院 院長 様

平成30年度おもちゃドクター養成講座(入門編)の受講を申し込みます。(FAX可)

「上越おもちゃ病院」への入会を、講座修了と同時に申し込みます。同時入会はしません。

住 所	〒 行政区名： 区		
フリガナ 氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	昭和 年 月 日生	携 帯 電 話	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→
自 宅 電 話		自 宅 FAX	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→
携 帯 メール	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→		
PC メール	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→		
処 理 日	平成 年 月 日	受 付 者	

※養成講座受講申込は太枠内のみ、講座修了と同時に入会の場合は細枠内もご記入ください。

社協のボランティア傷害保険に加入のため、性別・生年月日をご記入願います。

個人情報につきましては、上越市社会福祉協議会で厳重に管理し、今回講座及び入会事務以外には使用いたしません。

※受講料 4,000 円は最寄りの郵便局から、7月13日(金)までに払込みください。

(講座修了と同時に入会者は、年会費 2,000 円を合計し、一括 6,000 円を払込みください。)

口座記号・番号：00560-4- 85353 加入者名：上越おもちゃ病院