

飛鳥相談室 登録申込書

申込日 (年 月 日)

一般社団法人飛鳥学園
代表理事 堂野博之 様

登録者

保護者

印

次のとおり飛鳥分室への登録を申し込みます。

登録者	ふりがな			性別
	氏名			
	生年月日	平成	年	月
	在籍校	小学校・中学校 (年生)		日生 (満 歳)
保護者	ふりがな			続柄
	氏名			
	生年月日	昭和・平成	年	月
	住所			
	電話番号		E-mail	
	緊急時連絡先	①	②	
	家族スタッフ	登録		・
志望動機 (やりたいこと)				
得意なこと				
連絡事項 (任意記入欄)				
アレルギー等				
診断名				
服薬				
受診機関名		電話番号		
その他連絡事項				