

まちのほけんしつ きずな 登録票

お母さんの名前： _____ (歳)

お子さんの名前： _____

お子さんの生年月日： H 年 月 日

兄弟姉妹： _____ 人中 番目

住所： 〒 _____

電話番号 _____

診察券番号： _____

まちのほけんしつきずなの利用案内の内容を理解して、
登録を申し込みます。

登録日： H 年 月 日

お母さんの名前： _____