飛島相談室黒い背景と白い文字のロゴ

自動的に生成された説明　登録申込書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込日（　　年　　月　　日）  一般社団法人飛島学園  代表理事　堂野博之　様  登録者  保護者　　　　　　　　　　　㊞  次のとおり飛島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　　　日生（満　　歳） | | | | | |
| 在籍校 | 小学校・中学校　（　　　年生） | | | | | |
| 保護者 | ふりがな |  | | | | | 続　柄 |
| 氏　名 |  | | | | |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日生（満　　歳） | | | | | |
| 住　　所 |  | | | | | |
| 電話番号 |  | E-mail | |  | | |
| 緊急時連絡先 |  | |  | | | |
| 家族スタッフ | 登録　　・　　未登録 | | | | | |
| 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 | |  | | | | | |