

申し込み用紙

下記の番号に送信してください。

送信先FAX番号；078-787-2113

(やまもと小児科クリニック)

()月 ()日 開催予定；テーマ「 」の
第 ()回「コアラ先生の子育て広場」に参加を希望します。

参加者（保護者）氏名 () () ()

お子様情報 ①(漢字氏名 () (ふりがな () (生年月日： ())
() 歳 () か月 (男、 女) (カルテ番号： ())
②(漢字氏名 () (ふりがな () (生年月日： ())
() 歳 () か月 (男、 女) (カルテ番号： ())
③(漢字氏名 () (ふりがな () (生年月日： ())
() 歳 () か月 (男、 女) (カルテ番号： ())

参加者（保護者） 電話番号 () ()
FAX番号 () ()

お手数ですが下記の質問にお答えください。

- (1) 当日同伴される子供さんは？
() 人 年齢は ()
- (2) 家族内で当院に受診された方はいますか？ (有 、 無)
- (3) 参加しようと思ったきっかけは？
- (4) 当日、聞いてみたい事や心配な事、気になる事があれば具体的に書いてみてください。
(可能な範囲で当日、お答えできるように準備しておきます)