**那須赤十字病院 マイタウンまつり 手術体験**

**申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **記入日** | 令和元年　　月　　日 |  |
| **フリガナ** |  | （　男　・　女　） |
| **名前** |  |
| **フリガナ** |  |
| **住所** | （〒　　　―　　　　） |
| **生年月日** | 平成　　　年　　　月　　　日　　（　　　歳　） |
| **連絡先** | （自宅）　　　―　　　　― | （携帯電話）　　　―　　　　― |
| **緊急連絡先** | 　　　―　　　　― | 続柄（　父・母・その他　） |
| **学校名** |  |
| **学年** | 該当する学年に◯を付けてください1年生 ・ 2年生 ・ 3年生 |

|  |
| --- |
| ■応募締切　：　令和元年10月7日（月）■応募方法　：　FAXまたはメールにて送付ください。**ＦＡＸ　：　０２８７―２３―３００４****E-mail　：　nrchp@nasu.jrc.or.jp**※　メールでお申し込みの際は題名に「手術体験の申込」と入力ください |

**当選された方には記載いただいた住所に参加票を送付いたします。**