

また、症状(発熱・せき・鼻水など)のある方、一週間以内に感染症

申込方法: 11月12日までにご記入のうえ、

受付の回収ボックスへ入れてください。

お問い合わせ先:048-797-6915 寺沢(連携室)

カリヨンの杜 クリスマス会 参加申込書(外来・デイ)

	お子さまのお名前	
	• 参加される方のお名前、お子さまとの続柄をお書きください。	
名前		続柄