

国立病院機構 三重病院

Healthy Camp2017 申込書

申込期日：6月25日（日曜日消印有効・Faxは17:00まで）

かな	
本人氏名（性別）	男・女
生年月日	平成 年 月 日生
かな	
保護者氏名	
住所	
電話番号	
学校・学年	
身長・体重	cm ・ kg
一人で宿泊は可能か	可 ・ 不可

郵送：〒514-0125 津市大里窪田町357番地 三重病院宛
Fax：059-232-5994 に送付していただくか、
Tel：059-232-2531 に連絡していただき、直接担当者
（管理課：岩崎・小林）まで上記内容をお伝えください

☆ 参加可否の決定は、7月4日までに当院よりご連絡させていただきます。