※FAXで申し込まれる場合は、下記番号に送付してください。（送信票不要）

ＦＡＸ：０９６－３８３－０４９８　熊本県健康づくり推進課「菊池恵楓園で学ぶ旅」」担当　行き

令和６年度（２０２４年度）　「菊池恵楓園で学ぶ旅」参加申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 申込月日 | 令和６年(2024年)　　月　　日 |
| 住　　所 | （〒　　　－　　　　） |
| 電　　話 | （自宅・携帯・職場）※日中、連絡がとれる番号を記載してください。 |
| 参加者 | 代表者（〇を記載） | ふりがな氏名 | 性別 | 年齢(参加当日) | 学年又は職業 |
|  |  | 男・女 |  |  |
|  |  | 男・女 |  |  |
|  |  | 男・女 |  |  |
|  |  | 男・女 |  |  |
| ※多くの方に参加いただくため１申込につき、最大４名までとさせていただきます。 |
| 日程 | Ａ日程：７月２５日（木）（小中学生・親子向け） | Ｂ日程：８月２７日（火）（一般向け） |
| 集合場所及び駐車場利用 | （　　）**熊本県庁集合(バス移動)**駐車場利用希望（有・無）駐車台数（　　台）（　　）**菊池恵楓園集合(現地集合)**駐車場利用希望（有・無）駐車台数（　　台） | （　　）**熊本県庁集合(バス移動)**駐車場利用希望（有・無）駐車台数（　　台）（　　）**菊池恵楓園集合(現地集合)**駐車場利用希望（有・無）駐車台数（　　台） |
| 講話の参考にしますので、聞きたいことや知りたいことがあれば、記入してください。 |

※いただいた個人情報は、参加決定の御連絡、及び今後の啓発事業検討以外の目的には使用いたしません。

※ふりがな・年齢等については、傷害保険の加入に必要ですので、必ず全員記入してください。

応募締め切り　令和６年（２０２４年）７月３日（水）まで