

母子クラス申し込み書

子ども名（ふりがな）：

対象児生年月日：

性別： 男の子 ・ 女の子

保護者名：

住所：

電話番号：

メールアドレス：

アレルギー： 有（ ） ・ 無

希望日時： 月 日のクラスに申し込み致します。



※やむを得ずキャンセルされる方、又お問い合わせのある方は
お電話（089-5596-9704）にてご連絡下さい。

※お子様のお飲み物・おやつ等は必要があればご持参下さい。