

以下いずれかの方法でお申し込みください

- ① Eメール akachan@osaka.jcho.go.jp (必要事項を送信)
- ② 小児科外来受付に提出 (必要事項を記入)

.....

親子の絆づくりプログラム

**きょうだいが生まれた！**

(No )

(BP2) 参加申込書

申込み日 年 月 日

開催回	第( 1 )回	( 10 )月～( 11 )月開催	
ふりがな			年齢
お名前			才
住所	〒		
電話番号			
FAX:お持ちの方			
Eメールアドレス			
ふりがな	性別	第 子	
赤ちゃん名前	生年月日(予定日)		
	年 月 日		
ふりがな	性別	年齢	
(きょうだい) 子ども名前		才	
ふりがな	性別	年齢	
(きょうだい) 子ども名前		才	
ふりがな	性別	年齢	
(きょうだい) 子ども名前		才	
その他:伝えておきたいことがあれば自由にお書きください			