

以下いずれかの方法でお申し込みください

- ① 病院HP（当院について＞療養教室）又はQRコードから（必要事項を送信）
- ② Eメール akachan@osaka.jcho.go.jp（必要事項を送信）
- ③ 小児科外来受付に提出（必要事項を記入）
- ④ 産科・小児科・NICU病棟看護師に提出（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

開催期	第()期	()月～()月開催	
ふりがな		年齢	
お名前		才	
住所	〒		
電話番号			
メールアドレス	(わかりやすく書いてください)		
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	生年月日
(きょうだい) 子ども名前			年 月 日
ふりがな		性別	生年月日
(きょうだい) 子ども名前			年 月 日
ふりがな		性別	生年月日
(きょうだい) 子ども名前			年 月 日
オンライン型に変更 になった場合 (いずれかに○印)	・ オンラインで参加する ・ オンラインで参加しない ・ 検討する * オンライン開催の場合は、事前にアプリ使用法の説明をします		
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			

本申込書は目的以外に使用いたしません