

「第4回 神野大地の神のランニングクリニック」申込書

第1部 午前8時30分～9時50分 小学生1人、保護者1人

小学生									
ふりがな 氏 名									
生年月日	平成		年		月		日		才
住 所	〒	496	－						
	津島市								
学 校 名				小学校				年生	
保護者									
ふりがな 氏 名									
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成			年		月		日	才
住 所	<input type="checkbox"/> 上に同じ								
	〒	496	－						
津島市									
連 絡 先	①		－			－			
	②		－			－			
クリニックで 教えてほしい ことなど、ご 記入ください									

※教育委員会使用欄

受付日	受付番号