

2021 福島県地域で支える子育て推進事業「あかもち交流会」お申込書

◆FAX でのお申し込み番号 FAX : 0246-24-6266

* 必須記入事項

ふりがな *ご本人氏名	-----	*これまで「あかもち診断」を受けたことが	ある / ない
----------------	-------	----------------------	---------

※初めてご参加の方は、ご本人診断(基本診断)から診断いただきます。その他ご希望の診断は、オプション(料金別途)でお選びいただけます。

※以前「あかもち診断」を受けたことがある方は【必須事項】のみを入力後ご希望の「オプション診断」を選択・ご記入ください。

すでに基本診断済みの方に限り、オプション診断を1つ参加料のみで受けられます。2つから別途料金となります。

*参加ご希望の会場を お選びください	<input type="checkbox"/> 8/2(月)【午前】(3組限定) 10:00~12:00	<input type="checkbox"/> 11/29(月)【午前】(3組限定) 10:00~12:00
	<input type="checkbox"/> 8/2(月)【午後】(3組限定) 13:30~15:30	<input type="checkbox"/> 11/29(月)【午後】(3組限定) 13:30~15:30
	<input type="checkbox"/> 9/28(火)【午前】(3組限定) 10:00~12:00	<input type="checkbox"/> R4/1/24(月)【午前】(3組限定) 10:00~12:00
	<input type="checkbox"/> 9/28(火)【午後】(3組限定) 13:30~15:30	<input type="checkbox"/> R4/1/24(月)【午後】(3組限定) 13:30~15:30

* (ご本人さま)ご住所	
--------------	--

* (ご本人さま)連絡先	
--------------	--

(ご本人さま)生年月日	(西暦) 年 月 日	(ご本人さま)性別	男 / 女
-------------	------------	-----------	-------

(ご本人さま)産まれた時間	(24時間表記) 時 分	あなた自身の立場は?	
---------------	--------------	------------	--

ご兄弟の情報を教えてください。 (例)兄1人、妹2人など	一人っ子 / 第一子 / 第二子 / 第三子 / 第四子以降
---------------------------------	--------------------------------

<input type="checkbox"/> ご両親診断	診断を希望する方は <input checked="" type="checkbox"/> チェックを入れてご記入ください。◎オプション診断としての場合は参加料 +2,200 円		
お母さまの生年月日	(西暦) 年 月 日	お母さまの産まれた時間	(24時間表記) 時 分
お父さまの生年月日	(西暦) 年 月 日	お父さまの産まれた時間	(24時間表記) 時 分

<input type="checkbox"/> ご家族診断	診断を希望する方は <input checked="" type="checkbox"/> チェックを入れてご記入ください。◎オプション診断としての場合は参加料 +2,200 円		
ふりがな パートナー氏名	-----	性別	男 / 女
パートナーの生年月日	(西暦) 年 月 日	パートナーの産まれた時間	(24時間表記) 時 分
ふりがな(お1人) お子さまの氏名(お1人)	-----	性別	男 / 女
お子さまの生年月日(1人目)	(西暦) 年 月 日	お子さまの産まれた時間(1人目)	(24時間表記) 時 分

<input type="checkbox"/> お子さま診断	診断を希望する方は <input checked="" type="checkbox"/> チェックを入れてご記入ください。 ◎オプション診断としての場合は参加料 + お子さま一人あたり 1,100 円		
ふりがな お子さまの氏名(お1人目)	-----	性別	男 / 女
お子さまの生年月日(お1人目)	(西暦) 年 月 日	お子さまの産まれた時間(お1人目)	(24時間表記) 時 分
ふりがな お子さまの氏名(お2人目)	-----	性別	男 / 女
お子さまの生年月日(お2人目)	(西暦) 年 月 日	お子さまの産まれた時間(お2人目)	(24時間表記) 時 分

◆お問い合わせ (受付時間 9:00 ~ 19:00)

TEL(080)9252-6624 メール sodamahry2007@docomo.ne.jp