

## 全保連琉球デイゴス GKクリニック申込書

申込日	平成 年 月 日		
(ふりがな)		(ふりがな)	
氏名		保護者氏名	
(ふりがな)			
住所	〒		
小 / 中 / 高	学校	年生	
連絡先	自宅	携帯	

【下記規定に同意の上、ご署名をお願い致します。】

- ・本施設(駐車場を含む)を利用中に生じた事故・傷害・盗難について、一切責任を負いません。
- ・保険の加入はありませんので、万が一怪我をした場合には、応急処置は行いますが、保険は各自でご加入の上、ご参加お願い致します。

規定を承諾の上、参加申込致します。

平成 年 月 日

保護者サイン

---