

新病院・ミルネ現地見学ツアー参加抽選申込書

代表参加者	カタカナ						
	氏名						
	生年月日	昭・平	年	月	日	性別	男・女
	住所						
	連絡先	自宅					
		携帯					
メール アドレス							
その他参加者	カタカナ				代表者との関係		
	氏名						
	生年月日	昭・平	年	月	日	性別	男・女
	カタカナ				代表者との関係		
	氏名						
	生年月日	昭・平	年	月	日	性別	男・女
	カタカナ				代表者との関係		
	氏名						
	生年月日	昭・平	年	月	日	性別	男・女
	カタカナ				代表者との関係		
	氏名						
	生年月日	昭・平	年	月	日	性別	男・女
希望出発時刻 (複数選択可)	10:30		12:45		13:45		

※ 当選者のみ詳細をファクシミリで通知します。

- ※ 参加人数確認のため、保護者を含む希望者全員を記入してください。(最大5名まで応募可能、6名以上の応募はできません。)
- ※ 大人だけ又は子どもだけの参加はできません。
- ※ 代表参加者は20歳以上の方を記入してください。
- ※ 工事中の施設に入りますので、安全確保のため、ベビーカー、車いすでの参加はできません。
- ※ 見学にはスリッパ又は上履きが必要になります。
- ※ 集合・解散場所は県立柏原病院となります。
- ※ 見学の際は、係員の指示に従ってください。指示に従われない場合は、見学を中止することがあります。
- ※ 当日に気象警報等が発令された場合は中止します。その他、気象状況等により内容を一部変更することがありますのでご了承ください。
- ※ ご提供いただいた個人情報は見学会以外では使用せず、終了後破棄します。