

平成29年度 知的障がい児(者)親子激励日帰りバスハイク

【参加申込書】

申込日 4月 日()					
No.	(ふりがな) 氏 名	年 齢	続 柄	愛の手帳番号	所属団体・学校名・施設名
			本人		
住 所	江戸川区	電 話	[]		
		携 帯	[]		
確 認 事 項	Q 参加希望日 ① 5月27日(土) ② 5月28日(日) Q 参加について ① はじめて参加 ② 参加経験あり				} どちらかの番号を○ で囲んでください。
備 考	★特記事項				

受付者	
-----	--