

FAX送信先: 096-283-1300

住所: 〒862-0901 熊本市東町3丁目3-3 ロアツソ熊本育成センター 宛

2010ロアツソ熊本 幼稚園・保育園巡回指導 申込書

◎園についてお聞かせ下さい。

園名		事務記入欄
担当者		
住所	〒	
TEL		
FAX		
e-mail		

◎ご希望日をお聞かせ下さい。

第1希望	日付	月 日(曜日)	第3希望	日(曜日)	月 日(曜日)
	時間	~		時間	~
	人数	人		人数	人
第2希望	日付	月 日(曜日)	第4希望	日(曜日)	月 日(曜日)
	時間	~		時間	~
	人数	人		人数	人

◎クラスについてお聞かせください。

クラス名(1)	人数	クラス名(2)	人数
	男の子 人		男の子 人
	女の子 人		女の子 人
	合計 人		合計 人

◎園庭についてお聞かせください。

園庭の大きさ	縦の長さ	m	横の長さ	m
	* だいたいで結構です			

◎質問・ご都合・ご要望等ありましたらお書きください。

--

- ・必要事項を記入の上、上記のFAX番号にFAXにてお申し込みください。
- ・質問・ご都合・ご要望等何かございましたらお気軽にご相談ください。
- ・雨天時は園と相談のうえ決定します。場合によっては中止になることもございますがご了承ください。

