スノ-ボ-ド・スキ-体験＆鳥取県子ども会との交流　参加申込書

お申込みは、所属の

市町子連を通して

お申込みください。

所属市町子連名

　　　　　　　　　　　　御中

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 単位子ども会名 |  | 安全共済会番号 |

　申込者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | 下記の個人情報は、当事業期間中に連絡を取る必要が有る場合以外、使用する事は有りません。ん。 | 性別 | 　　　　　　学年 |
| 参加者氏名 |  | 男・女 | 小・中・高　 | 　　　　年生 |
| 参加者住所　　〒 |
| 緊急用携帯番号(保護者)　　 |  | メールアドレス |
| 学校名 |  | 校長先生名 |
| 学校住所　　〒 |

希望種目

スノーボード　　 ・　　　スキー

↑　どちらかを○で囲んでください　↑

保護者承諾書

　佐賀県子ども会連合会　御中　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　佐賀県子ども会連合会主催　令和6年2月23日から25日に開催する

　　「スノ-ボ-ド・スキ-体験＆鳥取県子ども会との交流」事業への参加を承諾します。

保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

※尚、抽選の結果は各市町子連を通してお知らせいたします。また、当選者には別途詳細通知を

上記の参加者住所に郵送致します。当選された方は、期日までに同封のお振込用紙にて、参

加費38,000円をお振込ください。参加を辞退される場合は、お手数ですが佐賀県子連まで

連絡をお願い致します。 　　　　　　　　　　佐賀県子連事務局 TEL0952-24-0602