

平成29年12月16日(土) 11時集合～17日(日) 15時解散 (海洋センター集合解散)

## 『海風館 貸切』 家族みんなでフレンドシップキャンプ申込書

**申込先FAX : 072-494-1735 (海洋センター)**

**平成29年10月2日(月) 9:30より受付いたします。(先着順)**

**出来るだけFAXでお申込ください。電話でお申込の場合は、下記内容をお伝えください。**

申込日 : 平成29年 月 日

※このキャンプは障がいをおもちの  
家族を対象として行います。  
家族でお申込ください。

ふりがな	
申込者名 (保護者名)	

お申込	<input type="checkbox"/> 『海風館 貸切』 ”親子のびのびキャンプ”に申込みます。			
住 所	〒			
電話(自宅)	-	-	携帯電話及び日中の連絡先	
FAX	-	-		
ふりがな		性別	学年・年齢	障がいの内容
参加者名			学年	歳 <input type="checkbox"/> 障がい無し ・車イスの使用 (有・無)
ふりがな		性別	学年・年齢	障がいの内容
参加者名			学年	歳 <input type="checkbox"/> 障がい無し ・車イスの使用 (有・無)
ふりがな		性別	学年・年齢	障がいの内容
参加者名			学年	歳 <input type="checkbox"/> 障がい無し ・車イスの使用 (有・無)
ふりがな		性別	学年・年齢	障がいの内容
参加者名			学年	歳 <input type="checkbox"/> 障がい無し ・車イスの使用 (有・無)
交通機関	<input type="checkbox"/> 車で来所 <input type="checkbox"/> 電車で来所 <input type="checkbox"/> その他			
お部屋希望	<input type="checkbox"/> 洋室希望(車イスの方は洋室をご用意します。) <input type="checkbox"/> 和室希望 <input type="checkbox"/> どちらでも良い			

○食物アレルギー等ございましたら、ご記入ください。

お名前	アレルギーの内容 他
お名前	アレルギーの内容 他
お名前	アレルギーの内容 他

備考があれば記入ください。

お問合せ・お申込  
大阪府立青少年海洋センター 『親子のびのびキャンプ 係』  
〒599-0301 大阪府泉南郡岬町淡輪6190  
TEL 072-494-1811 Fax 072-494-1735

海洋センター記入欄

受付日	受付番号	受付者
/		