

印刷、ご記入の上、下記までお送り下さい。

154-0016 東京都世田谷区弦巻 1-17-5 タマガワインターナショナルプリスクール 受付担当:保坂

参加されるお子様の姓名(ローマ字)*

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

姓名を 姓、名の順にローマ字にてご記入下さい。

お子様の日本語名

| |
|--|
| |
|--|

お子様の生年月日

| |
|--|
| |
|--|

例:2010/01/28 半角数字でご記入下さい。

お子様の性別

男 女

食物アレルギーの有無

あり なし

通常ご連絡先メールアドレス*

(携帯メールアドレスの場合は、添付ファイル受信ができるメールアドレス2つ目も記入願います。)

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

緊急連絡先電話番号*

| |
|--|
| |
|--|

例:090-1111-**** 半角英数字でご記入下さい。

緊急連絡先保護者様のお名前

| |
|--|
| |
|--|

参加希望週

第1週 第2週 第3週 第4週 その他 一日単位の参加など(コメント欄にご記入ください)

お弁当注文(420 円/食)

お弁当注文はしません お弁当を参加日全日分注文します。 お弁当注文を特定の日に希望します。

ご住所*

| |
|--|
| |
|--|

どこで Tamagawa International Preschool (TIPS) について知りましたか？

| |
|--|
| |
|--|

ご質問、コメント、お弁当注文日、お子様について知っておいてほしい事項等 ご自由にご記入下さい。

| |
|--|
| |
|--|