

no.

一般年少児

第4回公開発達診断テスト (入園模擬テスト) 申込書

受付開始:5月15日(水)10:00 ※FAXは14:00

●必要事項をご記入の上、恵比寿本校受付にご提出いただくか、FAXにてお送りください。
※個人情報の保護について:ご記入頂いた内容は厳重に管理し、電話連絡および資料郵送以外の目的には使用いたしません。

お子さま	ふりがな	男・女	生年月日(西暦) 年 月 日	ご自宅の電話番号
	氏名			— —
保護者	ふりがな	幼稚園・保育園名	ご自宅のFAX番号	
	氏名		— —	
住所	〒 -		携帯電話番号(送り迎えされる保護者様) 続柄: _____	
メールアドレス @				

お支払い方法	<input type="checkbox"/> 恵比寿本校受付	<input type="checkbox"/> お振り込み	<input type="checkbox"/> 申し込みの際、キャンセルポリシーに同意します。
--------	----------------------------------	--------------------------------	--

●お申し込みを希望される時間帯に✓印をつけてください。

A 9:00~10:30

B 11:00~12:30

FAX : 03-5725-2380

