

no.

一般新年少児

第1回発達診断テスト (入園模擬テスト) 申込書

受付開始:12月11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。
--------	----------------------------------	--------------------------------	--

●以下の欄に✓印をつけてください。

第1回発達診断テスト(入園模擬テスト)に申し込みます

FAX : 03-5725-2380

