

no.

一般年中児

# 第6回発達診断テスト 申込書

受付開始:8月21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"/> 申し込みに際し、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

**C** 13:30~15:00

FAX : 03-5725-2380

