

メールでの申し込み方

こちらの項目を
kikin.ushiku@gmail.com に送信してください

※このアドレスが受信できるようにしてください

初めて申し込まれる方

○申込者（保護者）

- ①お名前とふりがな ②性別 ③生年月日と年齢 ④郵便番号と住所
- ⑤携帯番号（当日連絡が取れる番号）
- ⑥希望する会場名と時間帯（広めに設定してください）
- ⑦この検診を何でお知りになりましたか？

○受診者 ①お名前とふりがな ②性別 ③生年月日と年齢

ID 番号をお持ちの方（基金で検診を受けたことがある方）

●申込者（保護者）

- ①ID 番号 ②お名前 ③携帯番号（当日連絡がとれる番号）
- ④希望する会場名と時間帯（広めに設定してください）
- ⑤この検診を何でお知りになりましたか？

●受診者 ①ID 番号 ②お名前

※IDがわからない場合はお名前のふりがなと生年月日もお知らせください

* お問い合わせ 090-1037-4569（若狭）*