



FAX 03-3461-1021

# 入会申込書

お申し込み日 年 月 日

お申し込み希望コース	<input type="checkbox"/> 週2回コース(桜クラス) <input type="checkbox"/> 週1回コース(菊クラス) <input type="checkbox"/> スポットコース(梅クラス) ※月1回～ご希望回数
入会希望日	年 月 日 ( ) より

## お客様情報 ※すべての項目をご記入ください。

フリガナ		お子様との続柄	
姓	名		
お電話番号		緊急連絡先	
( ) —		( ) —	
ご住所	〒 — 都道府県 市区町村		
メールアドレス			
@			

## お子様の情報

※希望コースは上記と同一の場合は記入の必要ありません

お子様①	フリガナ	お誕生日	<input type="checkbox"/> 週2回 <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> スポットコース
		年 月 日	
お子様②	フリガナ	お誕生日	<input type="checkbox"/> 週2回 <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> スポットコース
		年 月 日	
お子様③	フリガナ	お誕生日	<input type="checkbox"/> 週2回 <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> スポットコース
		年 月 日	

備考欄 ※アレルギーなど事前に伝えたい内容がございましたらお知らせ下さい

<p>送付先</p> <p> 〒150-0021 東京都渋谷区恵比寿西1-16-12 さくらキッズ 宛</p> <p> sakurakidsclass@gmail.com</p> <p>または「WEBサイトの予約フォーム」に添付してお送り下さい。</p>	<p><b>ご利用の前日までにご入金をお願い致します。</b></p> <p>振込先 ※振込手数料はお客様負担となります</p> <p>西武信用金庫(1341) 恵比寿支店(103)</p> <p>普通2093575</p> <p>カ) マリア</p>
---	--

ご不明点ありましたらご連絡ください。 さくらキッズ TEL:050-5533-1003

担当印

--	--	--