つくばキッズメディカルユニバーシティ参加申込書

\*は必ず記入してください

ご記入いただいた個人情報は、当イベント以外には使用いたしません。

参加者氏名 \*：

参加者ふりかな\* ：

保護者氏名\*：

参加希望日\*： 2019年7月30日(火)／2019年8月20日(火)　（いずれかを選択）

参加登録事項

郵便番号\*：

都道府県\*：

区・市町村\*：

番地など\*：

マンション・アパート名など：

電話番号（固定）\*：

電話番号（携帯）：

メールアドレス\* ：

小学校名\*：

学年\*： 5年生／6年生（いずれかを選択）

性別\*： 男性／女性　（いずれかを選択）

身長：　　　(cm)\*

体重：　　　(kg)\*

食物アレルギーの有無\*：　有り／無し（いずれかを選択）

食物アレルギー内容：

参加理由\*：

（7月30日参加者のみ）メディア取材への同意：同意します／同意しません

※同意する方のみ参加可能です。