

FAX 用

令和4年度 合同保護者学習会 参加申込書

参加希望日	年 月 日
参加者氏名	
連絡先 (電話番号)	

〈保育申込み〉

氏 名	
年 齢	
連絡先 (電話番号)	
配慮すべき事項	

泉南市子ども総合支援センター
〒590-0522
泉南市信達牧野436-1
TEL 072-482-4168
Fax 072-447-4479