飛島相談室　登録申込書

|  |
| --- |
| 申込日（　　年　　月　　日）一般社団法人飛島学園代表理事　堂野博之　様登録者　　　　　　　　　　　　保護者　　　　　　　　　　　㊞　次のとおり飛島分室への登録を申し込みます。 |
| 登録者 | ふりがな |  | 性　別 |
| 氏　名 |  |  |
| 生年月日 | 平成　　　年　　　月　　　日生（満　　歳） |
| 在籍校 | 　　　　　　　　　　小学校・中学校　（　　　年生） |
| 保護者 | ふりがな |  | 続　柄 |
| 氏　名 |  |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日生（満　　歳） |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  | E-mail |  |
| 緊急時連絡先 |  |  |
| 家族スタッフ | 登録　　・　　未登録 |
| 志望動機（やりたいこと） |
|  |
| 得意なこと |
|  |
| 連絡事項（任意記入欄） |
| アレルギー等 |  |
| 診断名 |  |
| 服　薬 |  |
| 受診機関名 |  | 電話番号 |  |
| その他連絡事項 |  |