

上記内容を確認し、承諾の上、ご署名をお願いいたします。

平成 年 月 日

病児保育室 ピーターパン

住所：開成町みなみ5-4-17

TEL：0465-85-3223

FAX：0465-85-3224

保護者サイン _____

児童氏名 _____

生年月日 _____

住所 _____

(説明者 _____)