

同窓会日帰り旅行参加申込書

参加者氏名	
同窓生	
同伴者	
住所 〒	
TEL	
緊急連絡先	
氏名	_____ (続柄)
電話番号	_____

※ 事故等があった場合には緊急連絡先に電話いたします。

申込書送付先

郵送 〒307-0015 茨城県結城市鹿窪1357-10

県立結城特別支援学校同窓会

FAX (0296)33-6707