

名古屋市地域子育て支援拠点 まあぶる 利用者登録用紙

*太枠内をご記入ください。

登録番号	
ふりがな 利用者氏名(子)	
利用者氏名(親)	
住所	〒
小学校学区	
子どもの生年月日	20 年 月 日
連絡先電話番号	
緊急連絡先	名前： 続柄： 番号：
初来場日	20 年 月 日
来場のきっかけ	
写真掲載	同意します ・ 同意しません

二人目以降のお子さんの情報は以下へご記入ください

登録番号	
ふりがな 利用者氏名(子)	
子どもの生年月日	20 年 月 日

登録番号	
ふりがな 利用者氏名(子)	
子どもの生年月日	20 年 月 日

※記入して頂いた個人情報はにじいろにて保管・保護いたします。
第三者に提供することはありません。

法人会員番号 ※会員に入会した時のみ記入	
-------------------------	--