新庄村森林セラピー体験参加申込書

申込日：令和　　　年　　　月　　　日

＜申込先＞新庄村森林セラピー協議会　担当：綱島あて

FAX：**０８６７－４４－１３３０**（送信できないときは0867-56-2629＜新庄村役場＞まで）

|  |  |
| --- | --- |
| 希望プラン※ | ゆりかごの小径散策　　・　　湖畔の小径散策　　ノルディック　　・　　スノーシュー（ご希望のプランに〇をつけてください） |
| 希望日時※ | 令和　　　年　　　月　　　日（　　　）午前・午後　　　時　　　分 |
| 代表者※ | お名前※ |  |
| ご住所※ | 〒 |
| 電話番号※ | （当日連絡がつく電話番号をご記入ください） |
| メールアドレス | （日中連絡がとりにくい方はご記入をお願いします） |
| 参加者お名前※ |
| １ | フリガナ | ７ | フリガナ |
| 　　　　　　　　　　　　男　女　　　　才 | 男　女　　　　才 |
| ２ | フリガナ | ８ | フリガナ |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　男　女　　　　才 | 男　女　　　　才 |
| ３ | フリガナ | ９ | フリガナ |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　男　女　　　　才 | 男　女　　　　才 |
| ４ | フリガナ | 10 | フリガナ |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　男　女　　　　才 | 男　女　　　　才 |
| ５ | フリガナ | 11 | フリガナ |
| 男　女　　　　才 | 男　女　　　　才 |
| ６ | フリガナ | 12 | フリガナ |
| 男　女　　　　才 | 男　女　　　　才 |
| 参加人数※ | 大人　　　　　名 | 小人　　　　　名 | 幼児　　　　　名 | 計　　　　　　名 |
| オプション | セラピー弁当 | 唾液アミラーゼ | ノルディックポール | スノーシュー |
| 　　　　　　　個 | 　　　　　セット | 　　　　　　　組 | 　　　　　　　組 |
| 備考 |  |

※は必須項目です