

WAMキッズシアターFAX参加申込書兼受諾書

ローズWAM FAX番号:072-620-9921

作品名「
」

月 日 (木) 14時00分上映開始(13:40開場)

申込日 令和 年 月 日

申込者	お名前	*ひらがなでご記入ください	電話番号	
			FAX番号	
同伴者①	お名前	*ひらがなでご記入ください	電話番号	
同伴者②	お名前	*ひらがなでご記入ください	電話番号	

保育 申込	お子さんの名前 (申込者のお子様のみ)	*ひらがなでご記入ください	年齢	歳	ヶ月
		*ひらがなでご記入ください	年齢	歳	ヶ月

【一時保育ご利用の方へ】

- ・必ず、ご利用者ご本人が申込みください
- ・持ち物: 利用料、お茶、タオル、着替え、ビニール袋、必要な方はオムツ、おしりふきなど
(お菓子、おもちゃは持って来ないでください)
- ・13:30から1階事務所にて受付をおこないます。
14:00を過ぎるとキャンセルとなります。
- ・お子さんの体調が悪い場合はお預かりできません。当日は検温してからお越しください。

* FAX後ローズWAMからの返信をもって参加の受諾といたします。

返信は、申込者の方のみにいたします。同伴者①②の方にはご連絡お願いいたします。

* キャンセルされる場合は、必ずご連絡ください。

(ローズWAM記入欄)

以上の内容で令和 年 月 日お申込みを受付けました。

WAMキッズシアター「
」をご鑑賞いただけます。

当日、直接ワムホール(地下2階)にお越しください。

受付印

茨木市立男女共生センター
ローズWAM 担当 ()