**子どもメディカルラリー参加申し込み書**

　　　　　　　　　小学校

小学校代表者名

**チーム名：**

**チーム代表者：　　　　　　　　連絡先（電話番号）：**

**※ラリーに関する連絡は上記代表者へ連絡します。**

１　氏名　　　　　　　（　年）男・女　　生年月日　平成　　年　　月　　日

保護者氏名　　　　　　　　続柄　　　　　緊急連絡先

２　氏名　　　　　　　（　年）男・女　　生年月日　平成　　年　　月　　日

保護者氏名　　　　　　　　続柄　　　 緊急連絡先

３　氏名　　　　　　 （　年） 男・女　　生年月日　平成　　年　　月　　日

保護者氏名　　　　　　　　続柄　　　　　緊急連絡先

**【お問合わせ先】**

**土浦市消防本部警防救急課**

**担当　齋藤・井上**

**TEL　０２９－８２１－０１１９**

**FAX　０２９－８２５－３１６６**

**E-mail　119kyuukyuu@city.tsuchiura.lg.jp**