

STAR 発達アドバイス 申込書

対象年齢 3歳0か月～6歳11か月
(保護者様からのお申込に限らせていただきます)

●黒のボールペンで太枠内に明確にご記入ください。判読できないときにはお申込受付ができない場合があります。

1 太枠内を必ずご記入ください。
(数字記入欄は左詰めでご記入ください)

申 込
年月日 年 月 日

申込者 (保護者様) 氏名	(フリガナ) 姓(例:田中) 名(例:研子)	(フリガナ) 名(例:研子)
実施対象者 (お子さま) 氏名	(フリガナ) 姓(例:田中) 名(例:研太)	(フリガナ) 名(例:研太)
実施対象者 (お子さま) 生年月日	年 月 日 ()歳	実施対象者 (お子さま) 性別 男・女
書類送付先 (ご自宅) 住所	〒 [][][][]-[][][][][] (フリガナ) 都 道 府 県	
日中連絡先 電話番号	[][][][][]-[][][][][]-[][][][][]	(お申込内容について確認のためお電話させていただく場合がございますので つながりやすいご連絡先(携帯電話も可)をご記入ください。 番号はそれぞれ左詰めでご記入ください。)
FAX 番号 (任意)	[][][][][]-[][][][][]-[][][][][]	

ご記入いただいた個人情報は、田中教育研究所が厳正に管理し、原則として第三者へ開示・提供いたしません。

2 以下の質問に必ずお答えください。

STAR 発達アドバイスについて、どのような経緯でお知りになりましたか？ 該当するものすべてに☑をしてください。

- 田中教育研究所のホームページを見て
- 知人から紹介されて
- 保健センター等の設置チラシを見て
- 幼稚園・保育園から紹介されて
- 雑誌の広告を見て (雑誌名 :)
- その他 ()

送付先

一般財団法人
田中教育研究所

〒113-0033 東京都文京区本郷 3-24-6

FAX 03-5844-6899 (お問合せ TEL 03-5844-6886)