

音楽療法申込書

平成 年 月 日

府中市社会福祉協議会の音楽療法を受講したいので、次のとおり申し込みます。

名 前		年齢	
保護者氏名	印		
住 所	〒		
電話番号			
実施希望時間 (○を付けてください)	第1希望： 13:00	13:30	14:00 14:30 15:00 15:30
	第2希望： 13:00	13:30	14:00 14:30 15:00 15:30
	第3希望： 13:00	13:30	14:00 14:30 15:00 15:30

※発達に応じてグループ分けを行いますので、時間のご希望に添えない場合もございますが、あらかじめご了承ください。