



(株)西京銀行 地域連携部 宛  
 <<FAX>>0834-27-1733

西京キッズ銀行 参加申込書

学校名／学年	小学校／	年生
フリガナ お名前		
フリガナ 保護者氏名		
その他同伴の方	①	
※参加児童のご兄弟や上記以外の保護者の方などのご参加があれば、ご記入をお願いします。	②	
ご住所	〒	
	住所	
ご連絡先	TEL	
	※日中つながるお電話番号（携帯電話）をお知らせください。	
お願い	<b>■ 参加児童の口座開設を致します。</b> ①参加児童の保険証、同伴保護者の方の運転免許証、印鑑（※シャチハタ不可）をご持参ください。	
お問い合わせ先	(株)西京銀行 地域連携部 /担当：烏田（からすだ）、皆川 TEL：0834-22-7665 FAX：0834-27-1733 E-mail：renkei@saikyogank.co.jp	

- ・ご記入いただいた個人情報は厳重管理致します。
- ・ご記入いただいた個人情報は西京キッズ銀行の運営に使用するほか、今後開催する金融教育セミナーのご案内のために利用させていただくことがあります。
- ・ご本人、保護者の方からの記入内容の確認、開示、訂正等について速やかに対応致します。
- ・個人情報に関するお問い合わせ窓口／西京銀行地域連携部（Tel：0834-22-7665）

