かがわ源内ネットワーク　出張体験教室　申込書

別紙1

FAX:　087－864－2369　　　E-mail：info@kagawa-gennai.net

以下必要項目（※のついた欄は必ずご記入ください。）をご記入いただき、希望する日時の1ヶ月前までに、かがわ源内ネットワークへ、FAX、E-mail、郵送のいずれかの方法でお送りください。

小学校等で、複数のクラスを対象とする場合は、クラス毎に申込書を作成してください。

その他、複数回（夏期休業中の複数日開催や、月1回での連月開催など）の開催を希望される場合は、別途ご相談ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 申込日時 |  |
| ふ り が な |  |
| ※団　体　名 |  |
| ふ　り　が　な |  | ふ り が な |  |
| ※団体代表者名 |  | ※担当者氏名 |  |
| ※連絡先 | 〒　　　－電話　　　　　　　　　　　　　　FAXE-mail |
| 事業名称 | 小中学校の授業や、任意団体の小規模なイベントの場合は、記入不要です。企業等の実施するイベント内での教室などの場合は、イベント本体の名称をご記入ください。 |
|  |
| ※希望日時 | 第1希望 | 令和　　年　　月　　日 | 　　：　　　～　　　： |
| 第2希望 | 令和　　年　　月　　日 | 　　：　　　～　　　： |
| 第3希望 | 令和　　年　　月　　日 | 　　：　　　～　　　： |
| ※希望内容 | 講師・内容一覧からお選びいただく場合は番号をご記入ください。それ以外でご希望される場合は、具体的にご記入ください。（ご希望に添えかねる場合もありますので、ご了承願います。） |
| 第1希望 |  |
| 第2希望 |  |
| 第3希望 |  |
| ※会　　場 | 会場名 |  |
| 住　所 | 〒　　－電話 |
| ※対象人数 |  | 予定している人数をご記入ください |
| ※対象年齢 |  | 対象の年齢または学年をご記入ください。例）　○才、小学○～○年生 |
| ※保護者の参加 | あり　・　なし | 保護者が、実験等に参加する場合は、「あり」に丸を付けてください。観覧のみの場合は、「なし」で結構です。 |
| 通信欄その他のご要望、条件がありましたら、ご記入ください |  |
| 事務局使用欄 | 受付日時 |  |  |