NINJALジュニアプログラム申し込みフォーム

※赤字は記入例です。実際に入力の際には削除してください。

※記載に当たっては，HPの記載内容をご確認ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 機関名 | ○○市立国語小学校 |
| 所在地（住所） | （〒190―8561）立川市緑町10-2 |
| 実施希望形態 | 出前授業型プログラム　　　　・　　　　訪問受入れ型プログラム |
| 実施希望日時 | 第１希望　：　平成28年9月1日（月）　　9：00～12：00第２希望　：　平成28年9月2日（火）　　9：00～12：00第３希望　：　平成28年9月3日（水）　　9：00～12：00 |
| 参加児童数 | 児童数　：　第5学年※該当すれば　90名（3クラス分け）内訳　：　・1組30名　　・2組30名　　・3組30名　・4組　名 |
| 希望する分野・事項（※具体的に記載。別紙添付可。） | ○○について経緯：○○については，～～～～であるから。 |
| 特記事項 |  |
| 担当者名 | 職名　： 第５学年担任氏名　：　国語　太郎電話番号　：　12－3456－7890メールアドレス　：○○@○○.com |