

様式1号 (出前講座を実施する小中学校・その他団体用)

**長崎・ヒバクシャ医療国際協力会長 あて**

学 校 名 (団体名)		校 長 名 (団体責任者名)	
所 在 地			
派 遣 希 望 年 月 日	第1希望 第2希望 第3希望	平成 年 月 日 ( ) 平成 年 月 日 ( ) 平成 年 月 日 ( )	
授 業 時 間	午前・午後 : ~ :		
対 象 学 年 等	学年 (第 年 学級) 学年 (第 年 学級)	人 数	
希望の講座内容 ※授業メニューから選んで記入して ください			
備 考			
学 校 ( 団 体 ) 担 当 者 職 及 び 氏 名		TEL FAX	

様式1号 (出前講座を実施する団体用)

長崎・ヒバクシャ医療国際協力会長 へ

団体名		団体責任者名	
所在地			
派遣希望年月日	第1希望 第2希望 第3希望	平成 年 月 日 ( ) 平成 年 月 日 ( ) 平成 年 月 日 ( )	
時間	午前・午後 : ~ :		
対象者等		人数	
希望の講座内容 ※授業メニューから選んで記入してください			
備考			
団体担当者 職及び氏名		TEL FAX	