

様式1号 申込用紙 (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会会長 へ (FAX 095-895-2578)

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	令和 年 月 日 () 令和 年 月 日 () 令和 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	令和 年 月 日 () 令和 年 月 日 () 令和 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	