

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力会長 へて （ FAX 095 - 829 - 1148 ）

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	令和	年	月	日( )
	第2希望	令和	年	月	日( )
	第3希望	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		