

NINJAL ジュニアプログラム申し込みフォーム

機関名	
所在地（住所）	(〒 —)
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 年 月 日（ ） ： ～ ： 第2希望：平成 年 月 日（ ） ： ～ ： 第3希望：平成 年 月 日（ ） ： ～ ：
参加児童数	児童数：第 学年※該当すれば 名（クラス分け） 内訳：・1組 名 ・2組 名 ・3組 名 ・4組 名
希望する分野・事項 (※具体的に記載。別紙添付可。)	
特記事項	
担当者名	職名： 氏名： 電話番号： メールアドレス：

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。

※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	〇〇市立国語小学校
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。)	〇〇について 経緯 : 〇〇については、~~~~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 : 〇〇@〇〇.com