

ふりがな 氏 名			性 別
			男 女
住所（自宅）		(締切後、参加の可否はご自宅にお送りします) 〒	電話番号
所 属 校	学校名		電話番号
	所在地	〒	
	担当学年等		
教員経験年数 (通算)		年	
大学時の 専攻分野			
受講申込の 動機			
受講希望日		☐ 7月26日(火) ☐ 7月27日(水) ☐ 7月28日(木) ※参加を希望する日にチェックしてください。 ※午前だけの参加、午後だけの参加の場合は余白にその旨ご記入ください。	

【申込先 多摩六都科学館 経営管理グループ】

■FAX 番号：042-469-4152

※ファクスの場合、電話にて着信確認をお願いします。Tel 042-469-6100

■E-mail : info2@tamarokuto.or.jp

■郵送先住所：〒188-0014 東京都西東京市芝久保町 5-10-64

多摩六都科学館記入欄

受 付 日

--