**平成28年度夏季教員セミナー申込書**　　　　　　　　　　　　平成28年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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。  　※午前のみの参加、午後のみ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**](mailto: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**

|  |
| --- |
| 受　付　日 |
|  |

多摩六都科学館記入欄