

氏名	ふりがな		
住所 (自宅)	(締切後、参加の可否は <u>ご自宅</u> にお送りします)		電話番号
	〒		
所属校	学校名	立	
	電話番号		
	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	参加を希望する日にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 7/26(月)PM セミナー①(化学) <input type="checkbox"/> 7/27(火)AM セミナー②(生物) <input type="checkbox"/> 7/27(火)PM セミナー③(物理) <input type="checkbox"/> 7/28(水)AM セミナー④(生物) <input type="checkbox"/> 7/28(水)PM セミナー⑤(化学) <input type="checkbox"/> 7/29(木)AM セミナー⑥(地学)	マインドストームを使った <b>12:50～プログラミング紹介</b> (小学校向け・任意参加)  <input type="checkbox"/> 27日 <input type="checkbox"/> 28日 ※当日変更可能です	
このセミナーの開催を知った手段		過去に参加の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

**【申込先 多摩六都科学館 パブリックリレーションズグループ】**

■ FAX 番号 : 042-469-4152

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

■ 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