川薩清修館高等学校「出前授業」申込書

申　込　日	令和４年　　月　　日（　　）		
学　校　名	（　　）立　　学校		
	担当者名：	電話番号：	
対　象　生　徒	小学生：１年　２年　３年　４年　５年　６年　※○印を付けてください		
	中学生：１年　２年　３年　※○印を付けてください		
	参加予定児童・生徒数		
希望する授業	番　号		
	テーマ		
希　望　日　時	第１希望	令和　年　月　日（　）　時　分～　時　分	
	第２希望	令和　年　月　日（　）　時　分～　時　分	
	第３希望	令和　年　月　日（　）　時　分～　時　分	
授業実施場所			
備　考（要望等）			

このまま，鑑なしで送信ください。　ＦＡＸ：０９９６－４４－５０２２