**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