

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	<input type="checkbox"/> 7月24日(火) <input type="checkbox"/> 7月25日(水) <input type="checkbox"/> 7月26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。		
このセミナーの開催を知った手段		過去にこのセミナーに参加したことがありますか	有、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

※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 多摩六都科学館

多摩六都科学館記入欄

受付日