

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23日(火) ☐ 7月24日(水) ☐ 7月25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

■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