

(様式2)

静岡科学館「科学館学習」「移動科学館」利用申込書

※ご希望の形態に○印を付けてください。

	科学館学習	静岡科学館を会場に各種学習支援プログラムを行います。			
	移動科学館	ご指定の場所を会場に各種学習支援プログラムを行います。			
実施日	年 月 日 ()				
実施時刻	時 分～ 時 分				
学校名・園名	立	学校	年小	年生	
		園	年中	年長	
	TEL	—	—		
	FAX	—	—		
代表者氏名	職名 _____				
人数	小人(園児・児童・生徒)	_____人			
	大人(引率者)	_____人			
	保護者	_____人	合計	_____人	
担当者氏名					
学習内容	利用目的				
	内容	<input type="checkbox"/> 実験・工作・観察 <input type="checkbox"/> 展示物学習 <input type="checkbox"/> ミニサイエンスショー <input type="checkbox"/> 学習相談 <input type="checkbox"/> その他 ()			

※以下は静岡科学館が記入します。

指導内容				
館長	次長	係長	当日の指導担当者	起案

※学習内容が決まりました速やかに必要事項を記入し、FAX(054-284-6988)または郵送にてお送りください。