移動体験教室開催申請書

令和　　年　　月　　日

熊本県博物館ネットワークセンター所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　団体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　次のとおり、熊本県博物館ネットワークセンター移動体験教室の開催を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| プログラム名 |  |
| 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 |
| 実施対象 | 　（例）〇学年ＰＴＡ、小学１年生から３年生 |
| 実施人数 | 　こども　　　　　人　　　大人　　　　　人 |
| 実施場所（予定） | 　□　学校 □ 公民館　□　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 担 当 者連 絡 先 | 　住　　所　〒　氏　　名電話番号　 E-mail 　 |
| 要 望 等 |  |

　　※　日程等の調整が必要ですので、まずはお電話をお願いします。

　　※　必要事項を記入のうえ、郵送またはＦＡＸでお申込みください。