

小学生向け出張授業 知育菓子教室®申込書

ご記入日： 年 月 日

ふりがな			
学校名			
ふりがな	ふりがな		
ご担当者名	学校長名		
住所	郵便番号 -		
	都 道 府 県		
最寄駅	線		駅
TEL		FAX	
MAIL			

実施希望日	第1希望	月 日 ()	1回目	時間目	:	~	:
			2回目	時間目	:	~	:
	第2希望	月 日 ()	1回目	時間目	:	~	:
			2回目	時間目	:	~	:
	第3希望	月 日 ()	1回目	時間目	:	~	:
			2回目	時間目	:	~	:
実施形態	<input type="checkbox"/> 組、学年ごと <input type="checkbox"/> 組、学年合同 <input type="checkbox"/> その他 ()						
実施学年、組、 人数、回区分	年 組 名 回目	年 組 名 回目	年 組 名 回目	年 組 名 回目	年 組 名 回目	年 組 名 回目	年 組 名 回目
	年 組 名 回目	年 組 名 回目	年 組 名 回目	年 組 名 回目	年 組 名 回目	年 組 名 回目	年 組 名 回目
実施教科	<input type="checkbox"/> 総合学習 <input type="checkbox"/> 理科 <input type="checkbox"/> その他 ()						
実施教室	<input type="checkbox"/> 家庭科室 <input type="checkbox"/> 理科室 <input type="checkbox"/> その他 ()						
保護者の参加	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
お申込のきっかけ	<input type="checkbox"/> 教育機関・他校からの紹介 <input type="checkbox"/> 過去に実施したことがある <input type="checkbox"/> 前任校で過去に実施したことがある <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 新聞・雑誌・TVで知って <input type="checkbox"/> その他 ()						
お申込の理由							
ご質問・ご要望・ 連絡事項等							

クラシエホールディングス株式会社

知育菓子教室®担当

TEL 03-5446-3078

受付：月～金曜日（土日、祝日、弊社休業日を除く）9：00～17：00

FAX 03-5446-3056