

平成 30 年度ひらめき☆ときめきサイエンス参加申し込み用紙			
大学名	久留米大学医学部看護学科		開催日 8月5日(日)
テーマ	感染症の脅威から身を守ろう		
参加希望者	氏名(ふりがな)		生年月日 年 月 日
	学校名	学年 年	性別 男 ・ 女
	自宅住所 〒		
	自宅電話番号	保護者同意の有無 有 ・ 無	
	保護者付き添いの有無 有 ・ 無	*保護者付き添いがある方のみ 保護者用のお弁当(500円) 必要 ・ 不要	
参加希望者	氏名(ふりがな)		生年月日 年 月 日
	学校名	学年 年	性別 男 ・ 女
	自宅住所 〒		
	自宅電話番号	保護者同意の有無 有 ・ 無	
	保護者付き添いの有無 有 ・ 無	*保護者付き添いがある方のみ 保護者用のお弁当(500円) 必要 ・ 不要	
参加希望者	氏名(ふりがな)		生年月日 年 月 日
	学校名	学年 年	性別 男 ・ 女
	自宅住所 〒		
	自宅電話番号	保護者同意の有無 有 ・ 無	
	保護者付き添いの有無 有 ・ 無	*保護者付き添いがある方のみ 保護者用のお弁当(500円) 必要 ・ 不要	

○個人情報とは適正に管理し、ひらめき☆ときめきサイエンスの運営にのみに使用いたします。

○申し込みが多数の場合は、参加いただけない場合もあります。

○参加者には、詳細の案内を7月30日(月)までに葉書にてご連絡いたします。

○引率や見学をご希望される先生は、下記にご記入ください。

ご氏名：	電話番号：
学校名：	担当教科：
参加時間帯： 終日 ・ 一部 (時 ～ 時)	お弁当(500円)申し込み： 必要 ・ 不要