

年 月 日

FAX 03-6279-1127

国境なき子どもたち 行

国境なき子どもたち 事務所訪問依頼書

日 時	年 月 日 () : ~ : 注) 平日11時~17時の間のみ受け付けます
学校名	
ご連絡先	住所：〒 TEL : FAX : ご担当教諭
当日の緊急連絡先	お名前 : TEL :
学年 参加人数 参加者氏名	注) 事務所スペースの都合により8名程度までお願い致します
希望テーマ	
お聞きに なりたい 質問等	
備考	

資料代として小・中・高校生：200円/名、大学生以上：500円/名を申し受けます。
あらかじめご了承ください。