

社会福祉法人テレビ朝日福祉文化事業団
理事長 角南源五 殿

施設名:

住所:

施設長名:

(印)

施設電話番号:

施設メールアドレス:

「プログラミング体験学習」参加費 助成のお願い

※太枠内①、②のご記入をお願いいたします

※応募多数の場合、ご希望に添えない場合がございますので予めご了承ください。

① 参加人数 児童 _____ 名分

② 参加児童、当日立会い職員情報 ※すべての項目、ご記入をお願いいたします

| 児童 氏名 ※フリガナは必ず記入を | 参加希望日 第一希望①、第二希望②を | 性別 | 年齢、学年 |
|----------------------|-----------------------------|---------|------------|
| フリガナ | () 8月5日(月) () 8月19日(月) | 男・女 | 年齢 歳 学年 |
| フリガナ | () 8月5日(月) () 8月19日(月) | 男・女 | 年齢 歳 学年 |
| フリガナ | () 8月5日(月) () 8月19日(月) | 男・女 | 年齢 歳 学年 |
| 当日立会い職員 氏名 | 携帯番号 | メールアドレス | |

その他 質問など

7月1日(月)締切<当日必着>
宛先:minoda-y@tv-asahi.co.jp