

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:



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