

受付日: 年 月 日()

●学習協力依頼票 (ご希望日の2か月前にご連絡ください)

(依頼者は太線の枠部分をご記入ください。)

実施希望日	第1希望: 年 月 日 () 時刻/ ~ ()分間
	第2希望: 年 月 日 () 時刻/ ~ ()分間
	第3希望: 年 月 日 () 時刻/ ~ ()分間
団体名	代表者 :
住所	〒 ー 県 ー 市
	最寄駅()
連絡先	電話: FAX:
	eメール
実施場所	来室: (授業: (体育館・多目的室・視聴覚室・教室・その他)
目的	
窓口担当者 (係の先生)	
対象者	(小・中・高・大)学校 ()年生 その他
学習の 位置づけ	(表題・経過・内容等)
●岐阜県ユニセフ協会欄	
活動内容	プログラム:
	配布資料:
	展示品:
担当者:	

〒509-0197 岐阜県各務原市鵜沼各務原町1-4-1 TEL:058-379-1781 FAX:058-379-1782

岐阜県ユニセフ協会 Email:gifuken@unicef-gifu.jp