

＜CARE 講師派遣/事務局訪問 申込フォーム＞

記入日：

希望連絡方法： E-mail ・ FAX ・ TEL

フリガナ	
担当者名	
ご所属（学校・勤務先）	
ご連絡先 (メールはPCアドレスのみ)	〒 Tel： Fax： E-mail：
希望日時	第1希望： 年 月 日 午前・午後 : ~ : 第2希望： 年 月 日 午前・午後 : ~ : 第3希望： 年 月 日 午前・午後 : ~ :
会場	施設名： 最寄駅： 線 駅より (徒歩・バス) で 分 ※会場までの地図やURLを添付してください
会場の設備	<input type="checkbox"/> 机(可動式・固定) <input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> スクリーン(可動式・固定) <input type="checkbox"/> DVDプレイヤー <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> ビデオデッキ <input type="checkbox"/> 黒板/ホワイトボード <input type="checkbox"/> マイク・スピーカー(音響設備)
講義内容・テーマ	(ご希望の内容など、できるだけ具体的にお書きください)
対象	<input type="checkbox"/> 一般市民 <input type="checkbox"/> 生徒(学年：) <input type="checkbox"/> その他()
参加人数	
希望講師	希望講師：
国際協力についての知識	<input type="checkbox"/> よく知っている <input type="checkbox"/> 知っている <input type="checkbox"/> 少し知っている <input type="checkbox"/> わからない
事前学習の可否	<input type="checkbox"/> 可 (時間数：) (テーマ/内容：) ※詳しい資料などがある場合は、CARE事務局までご送付ください。 <input type="checkbox"/> 否
・CAREを知ったきっかけ ・派遣依頼の理由 ・連絡事項 ・ご希望、ご要望など	