

「学校への原子力専門家派遣事業」申込書

記入日: 令和 年 月 日

学校名						
代表者 役職			代表者名 (責任者)			
住 所						
対象学年			予定人数	名		
希望する 実施内容	☐ 放射線観測体験 ☐ 放射線測定体験 ☐ 講 義					
開催日時等 (第2・第3希望までご記入をお願いします)						
第1希望	月 日 ()	内 訳	名	時間目 : ~ :	名	時間目 : ~ :
第2希望	月 日 ()	内 訳	名	時間目 : ~ :	名	時間目 : ~ :
第3希望	月 日 ()	内 訳	名	時間目 : ~ :	名	時間目 : ~ :
連絡 担当者	氏 名					
	電 話			F A X		
	E-mail	※詳細打合せのための連絡が取れるメールアドレスをご記入をお願いします。				
機材等 (ご用意ができるも のにチェックしてく ださい)	☐ パソコン () ☐ プロジェクター ☐ スクリーン ※パワーポイントを使用します。バージョンをご記入ください。					
会 場	※放射線観測体験をご希望の方は、暗幕のある部屋をご用意願います。					
	☐ 理科室 (階) ☐ 体育館 ☐ 教室 (階) ☐ その他 () エレベーター 有 ・ 無 (会場が2階以上の場合)					
対象となる 児童・生徒の 授業状況	今までに放射線・原子力について学習した内容等あれば、ご記入をお願いします					
備 考						