高校名：

（担当者： 　）

（連絡先 電話orメール： ）

参加する方にマルをつけてください

|  |  |
| --- | --- |
| 8月3日（土） | （　　） |
| 8月4日（日） |

|  |  |
| --- | --- |
| 9月22日（日） | （　　） |
| 9月23日（月） |

参加者名簿（足りない場合は追加してください）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 名前 | 学年 |  | 名前 | 学年 |
| 1 |  |  | 6 |  |  |
| 2 |  |  | 7 |  |  |
| 3 |  |  | 8 |  |  |
| 4 |  |  | 9 |  |  |
| 5 |  |  | 10 |  |  |

|  |
| --- |
| 備考出張実験を希望される場合、こちらにその理由と参加予定数を書いてください。また、開催希望日をいくつか記入してください（ご要望に応えられない場合もあります）。 |