



「記者派遣申込書」

申込日: 年 月 日

	(ふりがな)	
	立 校 学 校	
	(ふりがな)	
	学 校 長	
	代表者名	
	住 所	
	TEL	FAX
担当者名	(ふりがな)	メールアドレス
		所属・役職
希望日時	第1希望 年 月 日 () : ~ :	
	第2希望 年 月 日 () : ~ :	
	第3希望 年 月 日 () : ~ :	
対象者	年 組	合計 人
授業の テーマ		
派遣授業の 狙い、講義 への要望等 具体的にお 書きくださ い		

※派遣希望時期の1か月以上前にお申し込みください

■ 神戸新聞社 情報リテラシー支援部 ■

e-mail : kobe-nie@kobe-np.co.jp

TEL:078-362-7003 FAX:078-362-7420