**2025年度　長崎歴史文化博物館**

**パートナーズプログラム　参加申込書**

**年　　月　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| **学校名** |  |
| **氏名** |  |
|  | **担当学年** | **担当教科** |
|  | **年** |  |
| **学校連絡先** | **住所　〒** |
|  | **Tel** |  |
|  | **Fax** |  |
| **メールアドレス****＊できるだけ個人のアドレスをご記入ください** |  |  |
| **これまで博物館を利用****したことがありますか。** | **□ある　□学校活動　□個人で来館　　　□ない** |
| **その他****(質問事項)** |  |  |
|  |  |  |

**必要事項をご記入の上Fax、または申込用紙の項目についてご記入の上、メールでお送りください。**

長崎歴史文化博物館

担当：教育普及グループ　出口・古豊

Tel：095-818-8366／Fax：095-818-8407

E-mail：info-his@nmhc.jp