

イタリア王家 サヴォイア家
ジュニアナイト卓絶騎士養成プログラム
学校ご導入申込書

お申込日 年 月 日

■ 学校情報

学校名	ふりがな ※公式資料にいたしますので、正確にご記入ください。
学校名 英語表記	
所在地	ふりがな 〒 — ※ 都道府県から正確にご記入ください。
電話番号 FAX番号	電話番号 FAX番号
学校種別	<input type="radio"/> 小学校 <input type="radio"/> 中学校 <input type="radio"/> 高校

■ ご担当者(教員、教諭など)

氏名	
電話番号	
メールアドレス	

■ 本プログラム実施に関して

ご希望日	ご検討されているご希望日(第1希望～第3希望)をご記入ください。ご相談の上、決定させていただきます。		
	第1希望日 月 日 曜日	第2希望日 月 日 曜日	第3希望日 月 日 曜日
受講生 見込み人数	下記の記入例にならい、学年ごとと合計の見込み人数をご記入ください。 例)計80名(高校2年生:40名、高校1年生:40名)		

■ 質問・連絡事項など

※ご質問や連絡事項がございましたらご記入ください。

--

ご記入いただきましたら、下記のEメールまたは FAX番号 までご送信ください。
Eメール: info@junior knight.jp FAX:03-5772-1137