

スクールプログラム 申込書

アーティゾン美術館 教育普及部 行 (FAXまたはEメールにてお送りください)  
 FAX 03-3561-2130 E-mail: supportededucation@artizon.jp  
 〒104-0031 東京都中央区京橋1-7-2

年 月 日

①みなさまの団体についてお尋ねします。

学校名			
児童生徒数	名(引率などの教員数 名)		
担当者	氏名	□図工・美術 □学級担任 □その他( )	
	住所	〒	
	電話		FAX
	E-mail		

②見学にあたってのご希望をお尋ねします。

来館日	第一希望	年 月 日( 曜)	時 分	～	時 分
	第二希望	年 月 日( 曜)	時 分	～	時 分
	第三希望	年 月 日( 曜)	時 分	～	時 分
打ち合わせ	ご都合の良い日時・場所をお知らせください。				
	第一希望	月 日( 曜)	時 分	場所	□学校/□アーティゾン美術館
	第二希望	月 日( 曜)	時 分	場所	□学校/□アーティゾン美術館
	第三希望	月 日( 曜)	時 分	場所	□学校/□アーティゾン美術館
希望内容	当日の内容について当館へのご希望がありましたらお知らせください。				

③その他

アンケート	これまでに、授業で美術館を利用されたことはありますか。				
	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない				
	↓ どの美術館ですか？また解説などをお願いしましたか？下記にご記入ください。				
	・( )年生を( )	美術館)に。	解説:	<input type="checkbox"/> 有/	<input type="checkbox"/> 無
	・( )年生を( )	美術館)に。	解説:	<input type="checkbox"/> 有/	<input type="checkbox"/> 無
	・( )年生を( )	美術館)に。	解説:	<input type="checkbox"/> 有/	<input type="checkbox"/> 無
	・( )年生を( )	美術館)に。	解説:	<input type="checkbox"/> 有/	<input type="checkbox"/> 無
	・( )年生を( )	美術館)に。	解説:	<input type="checkbox"/> 有/	<input type="checkbox"/> 無

— 諸注意 —

※該当する箇所にチェックを付けて必要事項を記入し、アーティゾン美術館までFAXまたはEメールでお送りください。

後日、当館より受付の可否をご連絡いたします。

※諸般の事情によりご希望に添えないこともあるかもしれませんが、ご了承ください。