

参加申込書

申込日 平成 年 月 日

参加希望回 第 回 (月 日)

ふりがな			
氏 名			
自 宅	住 所	(〒 —) 都道 市区 府県 町村	
	電話番号	()	
	FAX 番号	()	
	e-mail	@	
連 絡 先 (自宅の場合は住所欄に「同上」とご記入ください)	住 所	(〒 —) 都道 市区 府県 町村	
		(自宅以外の場合、勤務先・所属部課等明記)	
	電話番号	()	
	FAX 番号	()	
	e-mail	@	
登録 ID			

※第1回参加希望の方のみ、どちらかの□にチェック（✓）を入れてください。

望遠鏡使用資格取得講習会の見学（オブザーバー参加）を希望 ☐する ☐しない

＜注意事項＞

- 1 夕食・宿泊場所・交通手段は各自用意してください。
- 2 筆記用具をご用意ください。

＜お問い合わせ・申込み先＞

群馬県立ぐんま天文台
〒377-0702 群馬県吾妻郡高山村中山 6860-86
TEL: 0279-70-5300 FAX: 0279-70-5544

天文台記入欄

受付
